

# Când sufletul vorbește prin corp

Să înțelegem și să tratăm  
tulburările psihosomatice

**HANS MORSCHITZKY**  
**SIGRID SATOR**



**PSIHOLOGIE  
PRACTICĂ**

**TREI**



# ***Când sufletul vorbește prin corp***

## **Să înțelegem și să tratăm tulburările psihosomatice**

*Traducere din germană de*

*Simona Ligia Tutunaru*

**TREI**

**2016**



**PSIHOLOGIE  
PRACTICĂ**

**COLECȚIE COORDONATĂ DE**

**Vasile Dem. Zamfirescu**



**TREI**

**WENN DIE SEELE DURCH DEN KÖRPER SPRICHT**

**Psychosomatische Störungen verstehen und heilen**

# ***Prefață***

Iată niște cifre care ne atrag atenția: în cazul unei pătrimi dintre pacienți nu sunt identificate deloc sau sunt identificate insuficiente cauze organice ale bolilor, deși aparatura medicală utilizată este de ultimă generație, iar investigațiile medicale întreprinse sunt amănunțite. Multe dintre persoanele afectate devin neîncrezătoare atunci când investigațiile rămân „neconcludente” și întreprind un adevărat „turism medical”, denumit în lumea medicală și „traseism medical”. Aceste persoane sunt adesea disperate, nu se simt înțelese de medici sau sunt etichetate drept prefăcute. În cazul a numeroși alți pacienți, afecțiunile fizice au cu siguranță cauze organice cărora li se adaugă însă factorii psihici și sociali, care au o influență extrem de nefavorabilă asupra evoluției bolii. În ambele situații există însă o legătură strânsă între factorii fizici și cei psihici. Atât ca urmare a nivelului înalt de stres psihic

exercitat de suferință în plan individual, cât și datorită costurilor economice crescute implicate de cazurile psihosomatice, se impune o gândire medicală în termenii conexiunilor care există între corp și psihic.

Tot mai multe persoane caută explicații și tratamente holistice pentru afecțiunile lor și își doresc enorm ca medicina să se aplece mai mult și asupra aspectelor psihice. Acest fapt poate fi observat și în cererea înregistrată în domeniul literaturii care tratează această temă. Piața este dominată de o literatură de popularizare bogată care poate fi descrisă ca fiind o combinație dintre ezoterism, gândire pozitivă și psihologism și care și-a pus în mod considerabil amprenta asupra înțelegerii psihosomatice a cititorului mediu. Dată fiind „medicina care face abstracție de suflet”, cea care în mod regretabil adesea încă domină practica clinică de zi cu zi, aceste cărți răspund nevoii multor oameni de a beneficia de o medicină umană. Această literatură de popularizare transmite însă o altă viziune extremistă, și anume aceea a „sufletului care face abstracție de corp”.

Această carte se poziționează cu bună știință „la mijloc” și își propune să transmită o viziune psihosomatică complexă și cuprinzătoare: având la bază o înțelegere bio-psiho-socială a bolii, care consideră tulburările fizice ca fiind fenomene complexe cu componente psihice, psihosociale și biologice.

Obiectivul acestei cărți este să ofere o prezentare a psihosomaticii care să fie accesibilă — în cea mai bună accepțiune a cuvântului, adică inteligibilă și totodată temeinică. Interesul principal îl constituie tulburările fizice fără cauze organice (tulburările somatoforme și cele dissociative) și tulburările fizice cu factori psihologici și influențe comportamentale (tulburările psihosomatice propriu-zise). Concret, este vorba despre descrierea a numeroase tulburări somatoforme și psihosomatice, diferențiate în funcție de diferitele grupe de organe (inima, tensiunea arterială, respirația, stomacul, intestinul, vezica urinară, pielea, organele genitale feminine, urechile, gâtul, nasul, vocea, ochii, dinții, aparatul locomotor), precum și despre prezentarea tulburărilor algice (ale durerii), care depășesc limitele unui singur organ. În acest demers sunt avute în vedere modele explicative și abordări de tratament psihosomatice.

Prezentarea urmează un plan unitar:

- exemplu reprezentativ pentru fiecare domeniu prezentat,
- precizări generale cu privire la conexiunile corp–psihic,
- tulburări funcționale (tulburările somatoforme și dissociative),
- tulburări cu cauze organice (tulburările psihosomatice propriu-zise și tulburările somatopsihice),
- abordări psihosomatice (factori psihologici, strategii terapeutice).

Cartea se adresează tuturor persoanelor afectate, aparținătorilor lor, dar și medicilor, psihologilor, psihoterapeuților, precum și întregului public larg interesat. În mod deosebit, aceasta își propune să ofere un prim ajutor spre vindecare persoanelor care suferă de tulburări

psihosomatice. Acest ajutor constă în a le facilita acestora o mai bună înțelegere asupra propriei persoane.

Amândoi vă dorim din inimă ca lectura să vă fie de folos.

*Hans Morschitzky*

*Sigrid Sator*

Partea 1

Fundamentele psihosomaticii

## **PSIHOSOMATICA DE-A LUNGUL TIMPULUI: DIN ANTICHITATE ȘI PÂNĂ ÎN PREZENT**

*Mai ales sufletului trebuie să-i dăm îngrijire, dacă vrem ca trupul s-o ducă bine.*

PLATON (dialogul *Charmides*)

Înțelepciunea populară ne spune că emoțiile pot influența foarte puternic corpul. Conexiunea strânsă dintre corp și psihic se oglindește și în vorbire: „Inima îmi bate în gât”, „Simt că nu mai am aer”, „Simt că am un nod în gât”, „Am nervi la stomac”. Acestea sunt doar câteva exemple care ilustrează această legătură. În cuvântul emoție regăsim cuvântul latin *motio*, care înseamnă „mișcare”. Emoțiile ne mișcă nu doar pe interior, ci ne activează și corpul și îl tensionează.

Cuvântul „psihosomatică” este format din două cuvinte grecești *psyche* (=psihic) și *soma* (=corp) și se referă la interacțiunea dintre fenomenele fizice și cele psihice. Un mod de reacție psihosomatic reprezintă categoric o formă sănătoasă de experiență, pentru că fiecare emoție determină reacții fizice și fiecare reacție corporală declanșează anumite emoții. Prin termeni precum „boli psihosomatice” și „psihosomatoze” se înțeleg forme patologice ale relației corp–psihic; mai precis, aceștia se referă la interacțiunea

dintre factorii fizici și psihici care determină apariția și evoluția bolilor. Psihosomatica nu se referă la a acorda o importanță mai mică factorilor fizici, ci la a acorda o mai mare importanță factorilor psihici.

Interacțiunea dintre corp și psihic a fost evaluată în mod diferit de-a lungul secolelor. Hipocrate, medicul grec din Antichitate, era convins că emoțiile pot pune stăpânire pe un organ: la supărare inima se contractă, iar în caz de bucurie aceasta se dilată. În medicina din antichitatea greacă se aveau în vedere în egală măsură factorii fizici și psihici, în timp ce în Evul Mediu Biserica susținea o separare strictă între corp și suflet. Filosoful francez René Descartes a fondat în secolul al XVII-lea doctrina dualismului științific dintre corp și minte, ale cărei consecințe dezastruoase s-au putut constata până în trecutul apropiat. În secolul al XIX-lea importanța unilaterală acordată factorilor fizici a fost perpetuată — aceasta datorându-se și marilor progrese înregistrate în medicină. De abia la începutul secolului XX începe să apară o contramișcare declanșată de apariția psihanalizei.

Psihosomatica modernă își are originea în lucrările lui Sigmund Freud și ale

discipolilor săi, datorită cărora importanța psihicului în afecțiunile fizice a fost evidențiată în mod exemplar. Prin modelul „conversiei”, ei și-au propus să explice modul în care conflictele psihice sunt „convertite” în simptome somatice. Dincolo de acest model, Freud nu a dezvoltat în mod special alte teorii sau concepte de intervenție referitoare la psihosomatică.

Cea mai însemnată concepție psihanalitică referitoare la tulburările psihosomatice îi aparține lui Franz Alexander, medicul internist și psihanalistul german emigrat la Chicago, care și-a publicat în anul 1950 epocala lucrare intitulată *Medicina psihosomatică*. În această carte, el descrie așa-numitele „șapte sfinte” boli psihosomatice, care din punct de vedere psihodinamic sunt presupuse a avea un caracter patologic: ulcerul gastroduodenal (ulcus pepticum), astmul bronșic, hipertensiunea arterială (hipertonia), artrita reumatoidă, migrena, colita ulcerativă, neurodermatita. Interesant este faptul că însuși Alexander considera noțiunea de tulburare psihosomatică ca

neavând relevanță ca entitate patologică specifică și înțelegea prin psihosomatică o metodă de diagnosticare; prin activitatea sa, acesta a promovat dezvoltarea psihosomaticii ca disciplină de sine stătătoare în cadrul medicinei. Aceasta este, pe scurt, teoria sa: anumite tulburări fizice se dezvoltă având la bază un conflict psihic în mare măsură inconștient, care ia naștere datorită contradicției dintre două nevoi sau dintre o nevoie și o interdicție. Astfel, este posibil ca dorința de dependență, de sprijin și de a fi îngrijit să intre în contradicție cu nevoia simultană de independență și autonomie. Dacă această nevoie nu va fi nicicând gratificată, din această acțiune de blocare a nevoii și a tensiunii emoționale nedescărcate rezultă o dereglare vegetativă cronică. Atunci când impulsurile agresive nu sunt descărcate se ajunge într-o primă fază, prin activarea continuă a sistemului nervos simpatic, la creșterea permanentă a tensiunii arteriale și, ulterior, la hipertonie. De asemenea — în funcție de predispoziție — apare migrena sau artrita reumatoidă. Atunci când dimpotrivă este blocată gratificarea unor dorințe pasiv-regresive de îngrijire și protecție se ajunge la supraactivarea prelungită a sistemului nervos parasimpatic care poate conduce la tulburări precum ulcerul duodenal, colita ulcerativă sau astmul. Așadar, Alexander explică simptomele psihosomatice raportându-se la starea sistemului nervos vegetativ. În cazul supraactivării sistemului nervos simpatic, care este cel care mobilizează corpul, se manifestă simptome diferite față de cazul supraactivării sistemului nervos parasimpatic, care controlează digestia și odihna.

Această abordare a lui Alexander, care se bazează pe teoria specificității, conform căreia anumite boli iau naștere datorită unor conflicte patologice, este considerată depășită în prezent și nu a putut fi validată științific. Concepția conform căreia pacienții care manifestă aceleași simptome corporale s-ar asemena și din punct de vedere psihic este un mit. O anumită tulburare psihosomatică *nu* se declanșează, nu se menține și nu se agravează doar datorită unor conflicte patologice, ci și datorită unor factori psihici și psihosociali dintre cei mai diverși.

De asemenea, și alte abordări psihosomatice, care se bazează pe anumite tipuri de personalitate, au eșuat în mod similar. Nu există un

anume tip de personalitate care să dezvolte cu precădere boli precum migrena, bolile de stomac, cancerul etc., deși aceste concepte nu au ieșit din uz și continuă să fie vehiculate în literatura de popularizare și în practica clinică învechită. În cazul pacienților cu tulburări psihosomatice, la fel de perimat este și îndrăgitul model explicativ psihanalitic al relației perturbate mamă–copil, care transferă vina, în mod exagerat, asupra unor mame care, adesea, sunt extrem de solicitate.

Problema fundamentală a conceptelor psihosomatice unilaterale este aceea că adepții lor caută întotdeauna la pacienți acele cauze pe care le-au întâlnit anterior, în practica clinică, în cazurile care prezentau tulburări psihosomatice. O asemenea atitudine necritică este problematică deoarece știrbește complexitatea psihosomaticii. Dimpotrivă, în psihoterapie, este imperios necesară investigarea tiparelor cognitive, emoționale și de comportament, precum și a factorilor de mediu cu caracter patogen în cazul particular al fiecărui pacient.

Pentru a ilustra această situație, vom enumera conceptele psihosomatice perimate și simpliste, utilizate cel mai frecvent. Se spune că:

- astmul ar fi un strigăt după mamă, care își are originile într-un atașament matern încă nedizolvat,
- neurodermatita ar apărea din cauza unui contact cutanat insuficient în copilăria mică și este cauzat de către respingerea resimțită din partea mamei,
- ulcerul ar apărea din cauza unor nevoi neîmplinite sau interzise de iubire și afecțiune,
- migrena ar apărea ca urmare a refulării agresivității,
- cancerul s-ar dezvolta datorită faptului că totul se consumă din interior.



Noțiunea „psihosomatic” era înțeleasă în trecut de către numeroși psihanaliști în sensul de conexiune de tip cauză–efect între corp și psihic și nu în sensul

interacțiunii care are la bază un context multifactorial. Echivalența utilizată în trecut între termenii „psihosomatic = psihogen” este falsă și s-a dovedit dezastruoasă întrucât, astfel, este pierdută din vedere complexitatea a numeroase tulburări fizice. Echivalența eronată care rezultă de aici, „psihosomatica = psihogeneza specifică anumitor tulburări fizice”, este abandonată din ce în ce mai mult și de către psihanaliști.

Chiar și în cazul în care nu sunt identificate cauze organice, nu este indicat să se presupună prea curând că singurii factori declanșatori, care se constituie drept „cauze” ale afecțiunii, sunt cei psihogeni. Cu alte cuvinte, necesitatea unei intervenții psihologice sau psihoterapeutice nu se impune numai în cazul în care este identificată o anumită tulburare psihosomatică. În mod obligatoriu, va fi necesară identificarea anumitor factori psihologici și influențele acestora asupra comportamentului, iar în cazul anumitor afecțiuni fizice aceștia se află într-o anumită cronologie fără ca, din acest motiv, să se poată totuși vorbi în mod indubitabil despre o relație de tip cauză–efect.

În anul 1977, medicul și psihanalistul american George Engel a prezentat modelul bio-psiho-social al bolii. Conform acestui model corpul, psihicul și contextul social exercită influențe reciproce. Această perspectivă holistică și integrativă asupra bolii, care ia în considerare planurile biologic, psihologic și social ale procesului de îmbolnăvire, constituie baza conceptuală modernă a psihosomaticii. Prin intermediul acestui model nu sunt explicate în detaliu anumite tulburări psihosomatice, însă sunt explicate următoarele fenomene: ca urmare a suprasolicitării psihice și psihosociale, orice om poate dezvolta o afecțiune fizică; aceiași factori stresori pot determina dezvoltarea unor afecțiuni diferite; situații stresante diferite pot conduce la dezvoltarea acelorași afecțiuni; anumiți oameni se îmbolnăvesc mai mult decât alții pentru că dispun de strategii de ajustare (de *coping*) neadecvate și au un context de viață nefavorabil.

# **PSIHOSOMATICA ȘI MEDICINA COMPORTAMENTALĂ — DOUĂ PERSPECTIVE DIFERITE ASUPRA ACELEIAȘI PROBLEMATICI**

Termenul de specialitate „psihosomatică” poate avea două semnificații:

- Psihosomatica este o concepție de bază și reprezintă o perspectivă interdisciplinară care se referă la diagnoza și terapia tulburărilor și care are în vedere în egală măsură factori fizici și psihici, respectiv psihosociali. Astfel, psihosomatica este o abordare interdisciplinară și nu doar o specialitate cum este medicina internă, psihiatria sau chirurgia. În consecință, nu există anumite tulburări, care sunt considerate a fi „psihosomatice” și care constituie conținutul disciplinei numite psihosomatică. Aspectele psihosomatice pot fi relevante într-o varietate de tulburări fizice care aparțin celor mai diverse specialități medicale.

- Psihosomatica este un domeniu clinic de sine stătător și o direcție de cercetare care are ca scop înțelegerea și tratarea interacțiunilor factorilor fizici și psihici în cazul anumitor tulburări. În acest sens, vorbim despre efectuarea unei terapii psihosomatice care are la bază o perspectivă psihosomatică, reunite într-o disciplină medicală distinctă, care se desfășoară în secții specializate ale unor spitale, respectiv ale unor clinici universitare, precum și în cadrul unor clinici psihosomatice private.

Există un consens general asupra următoarei definiții: psihosomatica se ocupă cu cauzele, simptomele și consecințele psihice ale tulburărilor fizice, precum și cu impactul acestora asupra contextului psihosocial al pacientului, precum și asupra relației cu medicul, respectiv cu terapeutul. Plecând de la definiția medicinei psihoterapeutice, aceasta poate fi reformulată și astfel: psihosomatica se referă la recunoașterea, tratamentul medical și psihoterapeutic al unor boli precum și la recuperarea în urma unor boli și stări de suferință la a căror etiologie, declanșare, menținere,

agravare și procesare subiectivă contribuie factori psihici și psihosociali și/sau interacțiunea acestora.

Câmpul psihosomaticii poate fi descris din patru perspective care corespund unor domenii de activitate distincte:

1. În funcție de etiologie. Deși aparent este suspectată o tulburare cu cauze organice, este necesară o analiză a factorilor psihici și sociali pentru a avea un tablou complet al simptomatologiei care, cel mai adesea, este una multifactorială.
2. În funcție de modul de integrare a bolii. Pacientul va trebui să se confrunte activ cu problemele psihologice și sociale care adesea pot apărea ca și consecință a bolii; aceasta necesită adoptarea unor măsuri adecvate din punct de vedere psihologic și medical.
3. În funcție de comportamentul adoptat în caz de boală. Bolnavii cu tulburări psihosomatice dezvoltă adesea forme nefavorabile de interacțiune cu medicii și terapeuții; aceștia din urmă vor trebui să acționeze cu înaltă responsabilitate profesională și umană pentru a asigura un tratament, pe cât posibil, de succes.
4. În funcție de comorbidități și de tulburările reactive. În cazul a numeroase boli apar consecințe neplăcute în plan psihic și psihosocial, pe care persoanele afectate vor trebui să învețe să le gestioneze cu sprijin medical, psihologic și psihoterapeutic.

În ceea ce privește psihoterapia, în prezent se disting în domeniul psihosomaticii două perspective și metode de tratament distincte: o psihosomatică în principal de orientare psihanalitică dezvoltată pe parcursul ultimelor șase decenii și o psihosomatică de orientare strict comportamentală care a câștigat o importanță deosebită în ultimele trei decenii sub denumirea de „medicină comportamentală”.

Medicina comportamentală se referă la aplicarea terapiei comportamentale în domeniul medical. Definită în mod mai elaborat, medicina comportamentală este o abordare interdisciplinară bio-psiho-socială care studiază mecanismele sănătății și bolii luând în

considerare științele psihosociale, comportamentale și biomedicale și care își propune aplicarea cunoștințelor și metodelor testate empiric în cadrul prevenției, tratării și recuperării. Alăturarea cuvintelor „comportament” și „medicină” ilustrează clar legătura dintre comportament, studiat mai ales în cadrul psihologiei, și procesele fiziologice, cercetate cu precădere în cadrul medicinei; aceasta evidențiază concepția de bază de factură bio-psiho-socială a medicinei comportamentale.

Spre deosebire de psihosomatica de orientare psihanalitică, medicina comportamentală pune un accent sporit pe orientarea științifică și interdisciplinară (inclusiv tuturor științelor relevante precum psihologia, medicina, biochimia, sociologia etc.), pe verificarea empirică și științifică a conexiunilor dintre comportament/experiență și tulburările organice, precum și pe importanța prevenției tulburărilor psihosomatice. Începuturile medicinei comportamentale datează din anii '70 ai ultimului secol. În ultima vreme, atât importanți oameni de știință, cât și

anumiți clinicieni integrează din ce în ce mai mult conceptele psihanalitice cu cele comportamentale.

## **DOMENIUL VAST AL PSIHO-SOMATICII**

*Conștiința sănătății o dobândești numai prin boală.*

GEORG CHRISTOPH LICHTENBERG (*Aforisme*)

De la Alexander și până în prezent se disting patru principale grupe nosologice psihosomatice distincte:

- acuze somatice (simptome organice neexplicate de nicio condiție medicală, fără cauze funcționale sau somatice, cu semnificație clinică redusă sau inexistentă)
- tulburări funcționale (somatoforme și disociative) (tulburări fără cauze organice cu semnificație clinică)

- tulburări psihosomatice propriu-zise (acuze somatice cu factori determinanți sau agravanți de natură psihosocială)
- tulburare somatopsihică (acuze somatice cu consecințe psihosociale).

## ACUZELE SOMATICE

Starea fizică și cea psihică sunt profund interconectate — acest lucru este cunoscut de oricine a fost, cel puțin o dată, nemulțumit sau nefericit în relația de cuplu sau în profesie. Acuzele somatice sau „indispozițiile” se referă cu precădere la tulburările fizice explicate de factorii psihici și psihosociali, în cazul cărora nu apar nici tulburări cronice ale sistemului nervos vegetativ, nici modificări cu semnificație clinică ale țesuturilor și nici afectări ale organelor. În acest caz, este vorba despre simptome organice ale unor oameni care, în principiu, sunt sănătoși. 80% din populație manifestă în decursul unei săptămâni un simptom somatic, fără ca din acest motiv persoana în cauză să considere că este bolnavă. Cele mai des întâlnite acuze sunt durerile de cap, urmate de simptomele gastrointestinale. În funcție de percepția individuală și de teoria subiectivă asupra stării de boală, acest disconfort poate deveni extrem de supărător. În acest fel, acuzele somatice se pot transforma în tulburări funcționale sau somatoforme, care astfel vor avea semnificație clinică – deși cei afectați sunt sănătoși din punct de vedere organic. Asemenea simptome somatice pot apărea aproape în cadrul oricărei tulburări reactive sau depresive, denumite în trecut „tulburare nevrotică”.

## TULBURĂRILE FUNCȚIONALE

Tulburările funcționale reprezintă afectări ale funcțiilor organice în lipsa unor cauze fizice și care adesea au cauze psihice. De obicei, acestea își au originea într-o disfuncție a sistemului nervos autonom (vegetativ) și se manifestă sub forma palpitațiilor, a dificultăților de respirație, a transpirației, a tulburărilor gastrointestinale. Uneori este afectat și sistemul nervos somatic; consecințele constau în tulburări

de mișcare, de vorbire, de auz sau de vedere. Tulburările funcționale dovedesc adesea faptul că în corp există energie care însă nu este eliberată sau utilizată, ceea ce determină dereglări sau paretezii. Termenul „funcțional” cel mai adesea nu este sinonim cu „psihic” sau „psihogen” întrucât, atunci când nu pot fi identificate dovezi la nivelul organelor, tulburările funcționale pot avea și alte cauze decât unele exclusiv de natură psihică (de ex., abuzul de alcool sau de medicamente, suprasolicitarea fizică sau psihică fără semnificație clinică).

Fiecare a patra persoană merge la medic cu probleme de sănătate fizică ce se dovedesc a nu avea deloc sau a avea insuficiente cauze organice. Deși sunt sănătoase, persoanele afectate adoptă un comportament specific pacienților, în timp ce numeroși alți oameni care ar trebui să fie pacienți se comportă ca și când nu ar fi deloc bolnavi. Primele sunt înclinate ca în relație cu propriul lor corp să adopte o atitudine de supraevaluare a simptomelor fizice, iar cele din urmă manifestă tendința contrară, de negare a bolii.

Se disting două tipuri de tulburări funcționale:

- tulburările somatoforme,
- tulburările disociative.

## **TULBURĂRILE SOMATOFORME**

Simptomele somatice fără suficiente cauze organice sunt denumite „tulburări somatoforme” în lista internațională a bolilor ICD-10, a cărei utilizare este obligatorie în Germania din anul 2000, iar în Austria din 2001. Acest termen înlocuiește denumirea oficială anterioară de „tulburări funcționale somatice de natură psihogenă”. De asemenea, în trecut, multe dintre persoanele afectate erau diagnosticate cu: distonie vegetativă, nevroză vegetativă, labilitate psihovegetativă sau stare de epuizare psihofizică.

Tulburările somatoforme se referă la insuficiențe de natură organică ale funcțiilor vegetative sau la modificări ale țesuturilor care, adesea,

au cauze psihice sau psihosociale. Termenul „somatoform” sugerează faptul că aceste tulburări se

manifestă întocmai ca acelea cu cauze organice, aceste cauze somatice neputând fi însă identificate în urma investigării riguroase. Cu toate acestea, persoanele afectate sunt convinse că au o suferință organică. Există așadar o discrepanță între dovezile obiective și starea subiectivă. Deși nu se înregistrează disconfort somatic substanțial, termenii „somatoform” și „psihogen” nu sunt echivalenți, întrucât tablourile simptomatologice sunt adesea declanșate, menținute și amplificate de interacțiunea dintre factorii biologici, psihologici și sociali.

Pentru a stabili diagnosticul de tulburare somatoformă nu este necesară stabilirea unei cauze organice (în sensul unei tulburări organice „reale” cu complicații de natură psihogenă) și nici identificarea unei cauze psihice (în sensul unui conflict psihic patogen). Delimitarea factorilor psihici de cei organici se realizează adesea artificial. O tulburare somatoformă există și în situația în care există în mod clar o cauză organică a simptomatologiei fizice (de ex., dureri de spate sau dureri la nivel genital), însă gravitatea, proporția, diversitatea și durata acuzelor, precum și implicațiile psihosociale nu pot fi explicate suficient de către această cauză organică.

Cu alte cuvinte, în cazul tulburărilor somatoforme nu este vorba mai cu seamă despre identificarea unor cauze psihice sau de excluderea unor cauze organice, ci despre descrierea unui tipar specific de comportament potrivit căruia, pe lângă simptome, identificate de obicei pentru a stabili un diagnostic medical, sunt de asemenea relevante și convingerile care sunt tipice pacienților (de ex., teoria subiectivă pe care aceștia o au asupra bolii) și diferitele tipare de interacțiune (tipul relației medic–pacient, comportamentul social).

Tulburările somatoforme pot avea cauze diverse. Cel mai adesea, acestea au la bază suprasolicitări de natură fizică și psihică — cu alte cuvinte stresul, în sensul cel mai larg al cuvântului. Motivul pentru care în cazul stresului există un anumit tablou simptomatologic fizic poate fi înțeles numai privind la fiecare caz în parte.

În principiu, în cazul tulburărilor somatoforme, se disting trei tipuri de cauze:

1. tendințele constituționale și vulnerabilitatea fizică (predispoziția), atunci când disconfortul atinge un anumit grad,
2. condițiile declanșatoare (factorii declanșatori) precum factorii de stres — fizici, psihici sau sociali,
3. condițiile care mențin tulburarea (factorii agravanți) precum anumite reacții

ale persoanelor în cauză sau ale celor din jur, precum și factorii constanți de stres, din cauza cărora tulburarea devine cronică.

Din cauza acestor factori, se formează următorul cerc vicios:

1. Percepția accentuată a disconfortului, fixarea atenției și nivelul crescut de excitație psihică;
2. Evaluarea fenomenelor ca fiind patologice;
3. Dezvoltarea unor acuze somatoforme;
4. Dezvoltarea unui comportament de supraprotecție și evitare care are ca urmare agravarea simptomatologiei care, din nou, devine obiect al percepției, întărind astfel cercul vicios.

În cazul oamenilor cu tulburări somatoforme se identifică durate mai lungi ale simptomelor, concedii medicale mai îndelungate, vizite la medic și spitalizări mai dese decât în cazul a numeroși alți pacienți cu tulburări preponderent psihice și de comportament. Tulburările somatoforme constituie exemplul perfect pentru a ilustra importanța viitoare a colaborării dintre medici, psihologi și psihoterapeuți.

Pacienții cu tulburări somatoforme se întâlnesc mai cu seamă în cabinetele medicilor de familie și ale interniștilor, mai puțin în cele ale psihiatrilor. Mulți dintre cei afectați încă trăiesc cu spaima că vor fi declarați bolnavi psihic sau chiar nebuni din pricina faptului că



manifestă tulburări „închipuite”, care nu sunt de natură organică. Pur și simplu, aceștia au mari probleme cu faptul că medicina înalt tehnologizată a eșuat în diagnosticarea și tratarea tulburării de care ei suferă.

Persoanele cu tulburări somatoforme continuă și în prezent să fie considerate „copii vitregi” ai medicinei și ai psihoterapiei. Nivelul insuficient al tratamentelor din practica clinică este un indiciu asupra unei vulnerabilități semnificative a sistemului nostru medical. În decursul anilor în care tulburarea se cronicizează, persoanele afectate au parte adesea în mediul social de lipsa înțelegerii, respingere, lipsa ajutorului și agresiune și nu arareori ei sunt etichetați drept „ipohondri”.

În cazul a numeroși pacienți cu tulburări somatoforme, poate fi identificată în trecut sau în prezent și existența depresiei, atacurilor de panică sau tulburărilor de personalitate. Cu toate acestea, simptomele psihice nu se află în prim-planul experienței bolii, ceea ce poate îngreuna stabilirea unui diagnostic. În cazul a numeroși alți pacienți somatoformi nu pot fi identificate simptome psihice. O tulburare somatoformă adesea poate fi recunoscută numai dacă pe lângă acuzele organice actuale se adresează în anamneză și întrebări referitoare la simptomele corporale

din trecut care au fost insuficient explicate de o condiție medicală organică.

Este de remarcat faptul că numeroși pacienți cu acuze somatoforme relatează experiențe de viață dificile, fără a manifesta emoții intense. În timp ce pentru un observator este evident faptul că încărcătura emoțională se exprimă sub forma acuzelor somatice, persoanele afectate nu pot să identifice cel mai adesea asemenea conexiuni. Își cunosc situațiile stresante de natură psihosocială, nu își pot imagina însă cum acestea pot contribui la îmbolnăvirea lor.

Tulburările somatoforme pot fi rezumate după cum urmează:

- Persoanele afectate se prezintă în mod repetat la medic cu simptome fizice fără cauze organice, în timp ce alte persoane suferă de afecțiuni similare fără a se prezenta însă la diverși specialiști.
- Persoanele afectate solicită cu îndârjire controale medicale în ciuda a numeroase rezultate neconcludente și a asigurărilor primite de la medici în legătură cu faptul că simptomele nu au cauze organice.
- Atunci când sunt prezenți factori somatici, aceștia nu explică felul și gradul de manifestare a simptomelor și nici suferința și implicarea interioară a pacienților.
- Chiar și atunci când debutul și menținerea simptomelor se află în strânsă legătură cu evenimente de viață neplăcute, cu dificultăți și conflicte, de regulă pacienții refuză încercările medicilor de a discuta despre posibilitatea de existență a unor cauze psihice.

Până la 13% din populație suferă pe parcursul vieții de un sindrom somatoform care necesită îngrijire medicală. Proporția tulburărilor atinge în cabinetele medicilor generalişti chiar și 35%, iar în spitalele generale până la 30%.

Tulburările somatoforme se pot transforma în tulburări psihosomatice care se asociază cu modificări ale ţesuturilor, respectiv în tulburări organice funcţionale.

Se disting şase grupe de tulburări somatoforme:

1. Tulburarea de somatizare,
2. Tulburarea nediferențiată de somatizare,
3. Tulburarea funcțională autonomă somatoformă,
4. Tulburarea hipocondriacă, inclusiv dismorfofobia (teama de a fi diform),
5. Tulburarea algică persistentă somatoformă,

## 6. Alte tulburări somatoforme.

### **Tabelul 1:** Prezentare generală a tulburărilor somatoforme

## **TULBURĂRILE DISOCIATIVE CONVERSIVE**

psihogenă sau „tulburarea disociativă motorie”) sau tulburări disociative cognitive (de ex., tulburările psihogene de memorie sau „amneziile disociative”).

Din perspectivă psihosomatică sunt relevante tulburările disociative corporale care au cauze psihogene precum evenimentele traumatizante, conflictele care sunt de nesoluționat sau de nesuportat. Conform tradiției psihanalitice, ele sunt denumite și „tulburări de conversie”. Termenul de „conversie”, care a fost introdus deja de Sigmund Freud, pune accentul pe faptul că emoțiile neplăcute, care iau naștere din cauza unor dificultăți de nerezolvat și unor conflicte, ajung într-un anume fel să fie translatate în simptome. În acest caz nu există nicio tulburare de conștiință. Cu toate acestea, simptomele de conversie și simptomele disociative cognitive pot apărea împreună cu tulburări ale conștiinței cum ar fi pierderea de natură psihogenă a memoriei care apare, de exemplu, în cazul unei crize convulsive disociative. Există trei grupe de tulburări disociative corporale (tulburări de conversie):

1. Tulburarea disociativă motorie,
2. Convulsia disociativă,
3. Anestezia și pierderea senzorială disociative.

### **Tabelul 2:** Prezentare generală a tulburărilor disociative (conversive)

Tulburările de conversie reprezintă deficite neorganice care afectează funcționarea motorie sau senzorială, în timp ce tulburările somatoforme afectează cu precădere organele comandate de sistemul nervos vegetativ. Diferitele simptome de conversie se manifestă adesea în concordanță cu concepția neavizată pe care

pacientul o are cu privire la îmbolnăvirea fizică, necorespunzând, de regulă, căilor anatomice și mecanismelor fiziologice de îmbolnăvire. Specialistul le poate

recunoaște cu ușurință ca fiind simptome care nu sugerează o condiție neurologică. În cazul simptomatologiei de conversie, simptomele nu sunt concordante cu dovezile clinice organice, acestea din urmă fiind mai puțin evidente (de ex., în ciuda paraliziei, funcțiile motorii sunt intacte; sau orbirea ce apare în condițiile reacțiilor normale ale pupilelor), și nici cu anatomia sistemului nervos (de ex., impresia de lipsă a senzațiilor în opoziție cu aria de acoperire a sistemului nervos senzorial).

Spre deosebire de gradul înalt de prevalență al tulburărilor somatoforme, tulburările de conversie au fost raportate numai la maximum 0,3% din populație. Tulburarea este de două ori mai frecventă în cazul femeilor decât în cel al bărbaților. Diferitele tulburări somatoforme și tulburări disociative corporale sunt prezentate detaliat în secțiunile dedicate fiecărei grupe de organe în parte.

## **TULBURĂRILE PSIHO-SOMATICE PROPRIU-ZISE**

Prin tulburări psihosomatice propriu-zise se înțeleg acele deteriorări ale organelor sau acele tulburări în exercitarea funcțiilor organice care sunt influențate într-o asemenea măsură de factori psihici și psihosociali, încât tulburarea nu poate fi explicată exclusiv pe baza cauzelor organice. Cu alte cuvinte, este vorba despre afecțiuni fizice cu afectări perceptibile ale țesuturilor diferitelor organe sau despre o tulburare a funcțiilor organismului cu etiologie organică. Factorii psihici sau sociali exercită un rol mai mult sau mai puțin important în declanșarea, menținerea și agravarea tulburării.

Din cauza sensului său ambiguu, termenul „psihosomatic” este evitat în sistemele de diagnosticare actuale. Tulburările psihosomatice propriu-zise sunt definite foarte general ca „factori psihologici și influențe comportamentale care apar în cadrul unor tulburări

clasificate în alte categorii nosologice" și care au influențat declanșarea și evoluția acestor tulburări. Astfel, pe viitor, ar trebui ca în practica clinică de zi cu zi să fie utilizată denumirea „factori psihologici și influențe comportamentale în cadrul ..." (de ex., cu completarea „în cadrul astmului bronșic"). Tulburările psihosomatice în sens restrâns necesită așadar un diagnostic dublu: pe de o parte, specificarea codului pentru factorii psihologici, pe de altă parte, a codului pentru respectiva tulburare organică. Constituie exemple tipice pentru asemenea diagnostice duble următoarele afecțiuni: astmul bronșic, ulcerul gastric, ulcerul intestinal, dermatita, eczema, urticaria. În situația în care simptomele psihiatrice sunt mai pronunțate este pus și diagnosticul de „tulburare de adaptare, reacție depresivă prelungită". În practica clinică de zi cu zi, aceasta este adesea situația pacienților cu durere.

Adesea trece un timp îndelungat până când pacienții psihosomatici ajung să înțeleagă faptul că există o legătură între corp și psihic. Ei delimitează foarte clar domeniul corporal de cel psihic, astfel încât înclină către metode de tratament care se adresează exclusiv corpului. Adesea chiar diferitele categorii de îngrijitori încurajează această atitudine! Astfel, pacienții sunt adesea mai puțin receptivi față de propriile lor afecțiuni, persistă în a se fixa pe rolul de bolnav care suferă de o tulburare organică și umblă de la medic la medic cu speranța că vor găsi o soluționare exclusiv organică a problemei lor. În cazul acestor pacienți, „sufletul", respectiv nevoile și emoțiile lor, nu se mai exprimă nemijlocit, ci numai în mod indirect prin intermediul corpului. Aceștia vor trebui să învețe să-și înțeleagă și să-și remedieze

propriul disconfort atât din punct de vedere fizic, cât și psihic. Puțini dintre acești pacienți înclină către a-și explica tulburarea din punct de vedere psihic și a trece în plan secund latura organică a afecțiunii.

Pe lângă tulburările disociative, somatoforme și psihosomatice în sens restrâns, există în sistemele de diagnosticare actuale și o altă categorie de tulburări psihofizice: „probleme de comportament care se asociază cu tulburări și factori organici". Dintre acestea fac parte tulburările de alimentație, tulburările neorganice ale somnului și

disfuncțiile sexuale neorganice. La aceste tulburări nu ne vom referi mai pe larg în această carte, din cauza unor motive legate de spațiu editorial.

## **TULBURĂRILE SOMATOPSIHICE**

Prin tulburări somatopsihice se înțeleg bolile fizice primare, ca urmare a cărora apar simptome și deficite în sfera psihosocială sau care necesită o procesare intensă din punct de vedere psihic (o confruntare cu boala). Pe scurt, este vorba despre implicațiile psihice și sociale ale afecțiunilor organice, precum și despre depășirea acestora. În prezent, în lumina înțelegerii bolii din punct de vedere bio-psiho-social, se pornește de la premisa că fiecare boală are câte o componentă fizică, psihică și socială. Tulburările care sunt în principal de natură psihică, după cum ar fi tulburarea de anxietate sau depresia, se manifestă și sub forma simptomelor fizice, iar tulburările care sunt în principal de natură fizică au și consecințe psihice care vor trebui avute în vedere și gestionate în același mod în care se întâmplă în cazul tulburării organice primare. În consecință, orice afecțiune fizică poate fi privită dintr-o perspectivă psihosomatică.

Cu cât o boală se cronicizează, cu atât aspectele organice intră în fundal în favoarea celor psihice și psihosociale. Întrucât măsurile strict medicale adesea nu aduc o ameliorare suficientă, pe viitor, pentru a îmbunătăți nivelul calității vieții celor afectați, se vor dovedi din ce în ce mai importante abordările terapeutice din psihosomatică și medicina comportamentală. Această abordare necesită colaborarea interdisciplinară a tuturor grupelor profesionale implicate în vindecare și acordare de suport.

Exemple tipice ale unor afecțiuni și intervenții cu consecințe somatopsihice sunt: cancerul, SIDA, afecțiunile cardiace coronariene, diabetul zaharat, bolile tiroidiene, bolile reumatice, numeroase tulburări algice, tulburările autoimune, insuficiențele renale cronice (la pacienții de dializă), hepatita C, hernia de disc, epilepsia, traumatismele la cap, operațiile la cap, afecțiuni ale creierului. În

cazul acestor afecțiuni și al altor tulburări cronice nu mai este valabilă înțelegerea bolii dintr-o perspectivă unidimensională, biomedicală, uzitată în medicina tradițională. În cadrul unei terapii cuprinzătoare vor trebui avute în vedere obiceiurile de viață, dificultățile de natură socială, obiceiurile comportamentale individuale și contextul psihosocial.

Creșterea calității vieții și evitarea pericolului de creștere a gradului de invaliditate constituie obiectivele tuturor intervențiilor psihologice și psihoterapeutice în cazul îmbolnăvirilor cronice. Factorii psihosociali sunt de o importanță majoră pe tot parcursul perioadei de reabilitare.

Ca urmare a simptomelor fizice, a deprecierei fizice apărute în urma intervențiilor chirurgicale și a deficitelor funcțiilor organismului, persoanele care suferă de afecțiuni fizice vor trebui să învețe să gestioneze numeroasele probleme psihice și sociale apărute:

- amenințarea subiectivă la adresa vieții și frica de moarte,
- stagnarea sau chiar agravarea bolii,
- predictibilitatea redusă a evoluției bolii,
- diminuarea performanței fizice și mentale,
- amenințarea integrității fizice,
- amenințarea la adresa imaginii de sine și diminuarea stimei de sine,
- deteriorarea dispoziției și afectarea echilibrului emoțional,
- restrângerea relațiilor sociale și a posibilelor roluri sociale,
- dependența de medici, personal de îngrijire, aparatură și mijloace tehnice de ajutorare,
- nesiguranță și limitarea planurilor de viață și de viitor,
- dureri cronice și disconfort datorat analgezicelor opiacee,

- deprimare datorată trăirii experienței terapeutice în mod descurajant și negativ,
- reacții depreciative din partea celor din jur.

## ASPECTE TERAPEUTICE

Tratamentul psihosomatic are în vedere trei direcții de vindecare:

1. Intervenția asupra organelor. Va trebui restabilită capacitatea de funcționare a organelor afectate (prin măsuri medicale, programe de recuperare de fizioterapie, intervenții psihologice etc.)
2. Intervenția asupra mediului înconjurător. Dacă se dorește o vindecare de durată sau cel puțin o diminuare a simptomatologiei, va trebui intervenit și asupra aspectelor psihosociale patogene, pe fundalul cărora s-a dezvoltat insuficiența organică. În acest sens, se recomandă terapiile centrate pe interacțiune, cum sunt terapia de cuplu sau de familie, precum și măsuri psihosociale de suport, cum este consilierea pe probleme profesionale.
3. Intervenția care are ca scop redefinirea relației cu organul afectat. Bolnavii psihosomatici vor trebui să-și optimizeze relația cu propriul corp și în special cu zona organică afectată; ei vor trebui să învețe și noi moduri de gândire și de comportament, care să le faciliteze trăirea unei vieți mai sănătoase. În acest sens, pot fi utile diverse forme de terapie individuală care au în vedere corpul, sentimentele și tiparele de gândire.

Procesul de vindecare psihosomatic decurge în patru etape. Prima etapă o constituie dobândirea unei mai bune înțelegeri asupra problemelor psihosomatice. A doua etapă ar trebui să vizeze utilizarea capacităților existente și a resurselor în vederea obținerii unor posibile schimbări care să ia locul trăirii unui sentiment deprimant de a fi „defect” din punct de vedere fizic și psihic. A treia etapă presupune adesea luarea unor decizii cu privire la schimbarea vieții și a convingerilor, pentru a reduce astfel terenul propice de menținere a tulburărilor psihosomatice. A patra etapă constă în



luarea măsurilor necesare pentru vindecare și creștere a calității vieții.

Comparativ cu pacienții cu tulburări preponderent psihice cum sunt tulburările de anxietate, pacienții cu tulburări somatoforme și psihosomatice manifestă un grad de motivație redus cu privire la psihoterapie. În cadrul terapiei, acesta este aspectul care va trebui dezvoltat și întărit cu precădere. Un element decisiv care contribuie la decizia și momentul când pacientul este pregătit să înceapă o psihoterapie nu este atât stresul psihologic generat de suferință, cât propria înțelegere subiectivă asupra cauzelor bolii și asupra posibilelor șanse de vindecare.

Tratamentul psihologic și psihoterapeutic are la bază analiza exactă a comportamentului și a problematicii; într-o primă fază va trebui identificat întregul context de circumstanțe care au condus la apariția tulburării. Ce simptome fizice și ce emoții sunt prezente? Cum se raportează persoanele în cauză la simptome și disconfort și cum le interpretează? Ce emoții și tipare cognitive se află în legătură cu simptomele actuale? Ce tipare referitoare la boală și ce credințe cu privire la sănătate sunt prezente? Care sunt toți acei factori care au declanșat, mențin și chiar agravează tulburarea? Care este contextul familial, de cuplu, social și profesional care influențează tulburarea? Ce conexiuni există între factorii fizici, psihici și sociali? Ce consecințe are disconfortul, ce urmări ar avea înlăturarea sau ameliorarea suferinței? Care sunt obiectivele primare și cele secundare ale tratamentului?

Terapeutul și pacientul vor elabora împreună un plan de tratament psihologic respectiv psihoterapeutic individual care, în funcție de specificul fiecărui caz în parte, va avea în vedere următoarele aspecte:

- Clarificarea obiectivelor terapeutice. În locul formulării unor obiective terapeutice generale, neclare și nerealiste („Să devin din nou sănătos și să fiu la fel ca înainte”) vor trebui stabilite obiective concrete, realiste și verificabile („Să învăț să gestionez mai eficient durerea”). Obiectivele mai ample vor trebui divizate în obiective specifice pentru

a putea aduce garanții ale unor experiențe de succes și pentru a întări convingerea cu privire la progresele viitoare.

- Faza de informare. Persoanele afectate, care de regulă nu au o înțelegere cu privire la conexiunile dintre corp și psihic și care, prin urmare, nu dispun de un model al tulburării plauzibil și util, vor trebui să dobândească o înțelegere adecvată asupra bolii, din perspectivă bio-psiho-socială, pentru a putea contribui astfel activ la propria lor însănătoșire. Cunoașterea faptului că își pot influența propriile simptome sporește încrederea pacienților în propriile posibilități de intervenție. Prin intermediul unei informări exhaustive (psihoeucație) asupra tuturor aspectelor posibile ale respectivei tulburări, o „persoană suferindă” se poate transforma într-o persoană care acționează activ, care își ia soarta în propriile mâini și care nu așteaptă în mod pasiv să beneficieze de intervenții strict medicale asupra organelor afectate.

- Chestionarele de autoobservare și jurnale ale simptomelor. Pentru a dobândi o mai bună înțelegere asupra conexiunilor dintre simptomele actuale și propriile sentimente, tipare de gândire și de comportament, precum și asupra contextului de viață psihosocial, persoanele afectate vor trebui să completeze chestionare de autoobservare și jurnale ale simptomelor.

- Terapia cognitivă. În cadrul procesului cognitiv, se pune accentul pe analiza și modificarea gândurilor și convingerilor referitoare la cauzele, posibilitățile de gestionare și consecințele simptomelor. O modificare respectiv o resemnificare a atribuirii cauzelor este de importanță crucială pentru ca pacientul să poată coopera în cadrul terapiei. Pacientul va trebui să învețe să-și explice și să-și înțeleagă simptomele dintr-o perspectivă psihofiziologică și nu doar dintr-o perspectivă medicală strict organică. Efectul înspăimântător al unor presupuneri, precum „Îndată o să leșin”, se diminuează datorită unor explicații alternative precum („Musculatura gâtului meu este foarte încordată”). Importantă este și elaborarea unei înțelegeri realiste asupra stării de sănătate. De exemplu: a trăi fără durere este imposibil! În urma identificării credințelor principale asupra stării de

sănătate și de boală existente, vor putea fi elaborate alte convingeri mai adecvate și mai realiste.

- Experimentele comportamentale. În special pacienții cu tulburări somatoforme cu tendințe hipocondriace vor trebui ca prin intermediul unor exerciții de expunere (de ex., mișcări rapide sau hiperventilare) să învețe să tolereze mai eficient disconfortul fizic, precum palpitațiile, dificultățile de respirație sau amețea.

- Somatoterapia. Metodele de somatoterapie precum metoda Feldenkrais, kinetoterapia, terapia bioenergetică, terapia Gestalt sau fizioterapia permit o mai bună percepție și un mai bun control asupra corpului.

- Terapia de relaxare. Trainingul autogen, metoda Jacobson de relaxare progresivă musculară, tehnica de biofeedback, autohipnoza, tehnicile de imaginerie, meditația, tehnicile de respirație și exercițiile de percepție a corpului permit atingerea unei stări de liniște interioară și de relaxare.

- Intensificarea activității fizice și diminuarea comportamentelor de supraprotecție. Creșterea progresivă a activității fizice are ca scop creșterea tonusului fizic, întărirea identității corporale și diminuarea comportamentelor frecvente de evitare.

- Gestionarea mai eficientă a stresului. Învățarea tehnicilor de combatere a stresului servește la prevenirea trăirii unor sentimente de suprasolicitare și a unor faze de resemnare.

- Confruntarea adecvată cu emoțiile. Prin intermediul unui program de educare a emoțiilor va fi exersată o mai bună percepție și un mod de exprimare mai adecvat al emoțiilor (de ex.: neajutorare, apatie, deznădejde, tristețe, dezamăgire, furie, supărare, scârbă, singurătate, nevoia de protecție).

- Terapia orientată pe conflict. Simptomele psihosomatice și tulburările psihosomatice propriu-zise se declanșează (respectiv sunt întărite) adesea din cauza anumitor conflicte interioare cum sunt

dorințele sau nevoile contradictorii. Această presiune interioară poate fi procesată cu atenție, diminuată progresiv sau chiar total înlăturată.

- Terapia traumei. Numeroși pacienți cu tulburări somatoforme sau psihosomatice sunt victimele violenței sexuale și/sau fizice survenite în perioada copilăriei, a adolescenței sau în cea adultă, iar aceștia necesită o formă specială de terapie pentru a prelucra într-un mod mai eficient experiența traumatică.
- Gestionarea problemelor familiale (terapia de familie și de cuplu). Terapia de familie și de cuplu poate fi utilă în eliminarea unor cauze principale sau a unor consecințe negative ale respectivei tulburări.
- Creșterea calității vieții. Diverse strategii (de ex., implicarea în hobby-uri, reactivarea unor interese, construirea unui cerc de prieteni) sunt menite să sporească starea de bine fizică și psihică.
- Măsurile de reintegrare la locul de muncă. În situația în care este necesar, măsurile de recuperare în vederea creșterii capacității de implicare în activitatea profesională sunt menite să faciliteze revenirea la locul de muncă.
- Măsurile de prevenire a recăderilor. Pacienții vor trebui să aibă în vedere respectarea unui regim de viață echilibrat pentru a preveni recăderea sau agravarea simptomelor.

Tulburările psihosomatice sunt tratate în mod adecvat în cadrul unui tratament care presupune intervenții psihologice clinice și psihoterapie care vor fi desfășurate în colaborare cu medicii. În Germania sunt acreditate trei așa-numite metode principale care sunt finanțate de către Casa de Asigurări de Sănătate: terapia comportamentală, psihanaliza, psihoterapia psihodinamică, în timp ce în

Austria statul recunoaște 18 metode de psihoterapie.

Partea a 2-a

Multiplele fațete ale tulburărilor psihosomatice

*Corpul este cel care traduce mesajele sufletului în vizibil.*

CHRISTIAN MORGENSTERN

CÂND TOTUL GRAVITEAZĂ ÎN JURUL INIMII

*„Dă-i jalei glas.*

*Durerea când nu plânge*

*Rămâne-n suflet șoapta care-l frânge"*

WILLIAM SHAKESPEARE (*Macbeth*)

## **FOBIA CARDIACĂ — FRICA DE MOARTE, ÎN CIUDA UNEI INIMI SĂNĂTOASE**

*Domnul Weber este electrician de montaj pentru instalațiile electrice, are 36 de ani, este căsătorit și are doi copii. De șapte ani acuză dureri în zona inimii fără a putea fi identificată o cauză organică a suferinței. Domnul Weber interpretează palpitațiile, ritmul accelerat al inimii și aritmiile ca semne ale unui iminent infarct. Prima dată, simptomele au apărut la două luni după moartea subită a tatălui său. Are un unchi care a suferit două operații de bypass, iar fratele său suferă de tensiune arterială și trebuie să ia medicamente. Domnul Weber se teme că va avea o soartă similară și se supune multor controale medicale în diferite spitale — inclusiv unei proceduri de cateterism cardiac care se efectuează la cererea sa expresă, fără a fi necesară. Domnul Weber resimte și o constrângere economică, întrucât costul pentru noua sa casă este încă în curs de achitare. Decizia de a accepta un post în deplasare, la montaj, a fost în cele din urmă o chestiune legată de bani, pentru care a plătit prețul scump al îndepărtării de soție. Pe parcursul lungilor sale absențe, acesteia îi face plăcere să iasă cu prietenele ei, iar el se teme că ea s-ar putea îndrăgosti de un alt bărbat. El însuși are, datorită profesiei, suficiente posibilități de a cunoaște mai îndeaproape alte femei și, deși are această dorință, nu se încumetă, de teamă că astfel căsnicia i-ar*

*putea eșua definitiv. De când a suferit un „atac de cord” căruia i s-a asociat frica de moarte, pe când se afla într-un hotel din străinătate, întâmpină dificultăți în a înnopta singur atunci când este în deplasare, ceea ce treptat îi creează probleme cu șeful. Un concediu medical mai prelungit aduce o ameliorare rapidă, ce se datorează, probabil, faptului că se află alături de soția sa. La reînceperea activității profesionale însă, problemele cardiace se manifestă cu și mai mare intensitate, astfel încât medicul său de familie îi dă o trimitere pentru a merge la un psiholog.*

## **„A PUNE LA INIMĂ”: INIMA ȘI PSIHICUL**

Inima — organ muscular cavitătar, de mărimea unui pumn, care dispune de patru cavități — este, din punctul de vedere al funcției pe care o exercită, o pompă de vid cu două sisteme de pompare conectate în serie, care reglează circulația sangvină. Este alcătuită din două camere (ventriculi) și atriile acestora. Un ventricul împreună cu atriul aferent formează împreună un sistem de pompare. Atriul drept absoarbe sângele utilizat din vene și îl pompează prin ventriculul drept către plămâni, unde acesta este oxigenat în alveolele pulmonare. De la plămâni, sângele ajunge în atriul stâng, iar ventriculul stâng pompează sângele cu presiune sporită către aortă de unde este distribuit în corp prin intermediul arterelor și arteriolelor. Mușchiul cardiac este alimentat de către trei mari artere coronare, care pornesc de la baza aortei și care ulterior se ramifică în vase sangvine mai mici care se distribuie reticular la nivelul mușchiului cardiac. Inima pompează sângele prin intermediul vaselor arteriale în corp și primește sângele prin intermediul venelor. Vasele arteriale se îngustează pe măsură ce se îndepărtează de aortă. Prin intermediul vaselor capilare — cele mai fine vase sangvine —, corpul este alimentat cu oxigen, nutrienți, anticorpi, hormoni și alte substanțe vitale. În același timp, de aici pleacă substanțele reziduale precum dioxidul de carbon. Pe minut sunt pompați 4 până la 5 litri de sânge prin corp. În stare de repaus, inima bate mai încet (până la 60 de bătăi pe minut), iar în situația solicitării fizice și psihice, aceasta bate mai alert (până la 180 de bătăi pe minut).

Fiecare bătaie de inimă este formată dintr-o fază de umplere (diastolă), în care sângele este colectat, și faza de contracție (sistolă), în care sângele este expulzat. Valvele, care se deschid și se închid pe rând împiedică sângele provenit din circuitul sangvin să ajungă înapoi în ventriculi și de acolo în atri. Ritmul cardiac este reglat prin intermediul nodulului sinoatrial care se găsește la intrarea în atriul stâng. Nodulul sinoatrial este comandat de sistemul nervos vegetativ: sistemul nervos simpatic accelerează, iar sistemul nervos parasimpatic încetinește bătăile inimii.

Inima nu constituie doar din punct de vedere fizic organul central al corpului nostru, ci și din punct de vedere emoțional. Ea este considerată ca fiind sediul celor mai puternice emoții pe care le trăim — sediul iubirii, al compasiunii și al bunătății. Inima a fost văzută timp de secole ca fiind motorul vieții, iar în cultura lumii antice și în alte culturi, ea era considerată ca fiind sediul sufletului, respectiv

al conștiinței. Inima constituie *organul* psihosomatic prin excelență.

Importanța care se acordă inimii din punct de vedere emoțional reiese din numeroase expresii — iată o selecție: putem fi inimoși, cu inima caldă, cu inima de gheață, cu inima de piatră, cu inima deschisă, cu inima îndoită, cu inima ușoară sau lipsiți de inimă. Inima ni se poate ușura, îngreuna sau încălzi. Față de o anumită persoană, inima noastră poate fi împietrită, închisă sau deschisă. Aceasta poate fi dăruită, frântă, furată, pierdută sau cucerită. Facem ceva din toată inima, dar și pentru că suntem buni la inimă, uneori ne vine inima la loc, punem ceva la inimă sau este vorba despre o chestiune pe care o avem pe suflet. Iubim pe cineva din toată inima, primim o persoană în inima noastră, suntem trup și suflet pentru cineva sau ne ușurăm inima atunci când vorbim cu cineva. Uneori ne luăm inima în dinți, alteori nu avem inima să facem un anumit lucru, avem o piatră pe inimă, avem ceva pe suflet, ne luăm o piatră de pe inimă, cineva ne face inima să bată mai tare sau ne rănește inima. De emoție, inima ne bate în gât, inima ne stă de frică, ne cade în chiloți de frică, ni se strânge de frică, inima ne înțeapă de atâta încordare, explodează de fericire, ni se înmoaie inima de milă sau ni se rupe inima de durere.

Dar ce anume se întâmplă cu adevărat în cazul unor emoții foarte puternice? În principiu, orice solicitare fizică sau psihică poate crește activitatea inimii. În caz de stres, enervare, supărare, furie și frică, bătăile inimii sunt accelerate prin intermediul sistemului nervos simpatic, activitatea de pompare a inimii este sporită, vasele de sânge se dilată, circulația sangvină se intensifică. În mod subiectiv, toate acestea sunt percepute ca bătăi puternice de inimă, palpitații sau tulburări de ritm cardiac, înțepături, dureri sau senzații de apăsare în piept.

Ca urmare a acestor senzații, multe persoane consideră că ar trebui să se supraprotejeze din punct de vedere fizic. Consecințele sunt fatale: în scurt timp, inima o ia razna chiar și în situația efectuării unui efort minim, întrucât lipsa de forță a acesteia va trebui compensată prin mai multe bătăi de inimă. O inimă neantrenată nu mai reușește adesea să exercite o presiune suficientă pentru a vasculariza întregul corp doar prin simpla putere generată de propria contracție, ceea ce are ca urmare încercarea de a compensa acest deficit prin creșterea numărului de bătăi. Mișcarea și antrenamentul fizic sunt foarte importante pentru a preveni palpitațiile și dificultățile de respirație și pentru a avea astfel o inimă mai puternică.

Problemele cardiologice funcționale pot apărea și în cazul anumitor tulburări psihice. În situația unor atacuri de panică, în majoritatea cazurilor, în prim-plan se

află palpitațiile, percepute ca având un potențial de amenințare la adresa vieții. În cazul depresiei apar adesea palpitații, bătăi de inimă neregulate, extrasistole (acestea sunt bătăi de inimă care se află în afara ritmului de bază obișnuit sau bătăi de inimă care apar cu întârziere) și dureri în zona inimii (înțepături, senzație de arsură, palpitații, presiune).

**Tabelul 3:** Tulburări cardiace relevante din punct de vedere psihosomatic

## **TULBURĂRILE FUNCȚIONALE**



# FOBIA CARDIACĂ

Afecțiunile cardiace somatoforme apar la 10 până la 25% din populație și la 15 până la 20% dintre pacienții care se prezintă în cabinetele medicilor generaliști și specialiști. Paresteziile (falsele senzații), care nu sunt de natură organică, precum bătaile puternice ale inimii, tulburările de ritm, palpitațiile și durerile de inimă, amplifică teama de a suferi de o boală de inimă.

Cea mai frecventă tulburare somatoformă este reprezentată printr-un tablou simptomatologic care în trecut era denumit „fobie cardiacă” sau „nevroză cardiacă”. Este vorba despre o frică legată exclusiv de inimă și care, datorită specificității ei, este denumită fobie. De fapt, este vorba despre expresia unei frici imense de boală care în multe dintre cazuri este explicabilă datorită istoricului de viață (boli coronariene sau infarct în familie, la rude sau în cercul de prieteni).

O fobie cardiacă se caracterizează prin simptome similare stării de panică, de natură somatoformă sau hipocondriacă:

- Simptome similare unui atac de panică centrate însă pe senzațiile percepute la nivelul inimii: palpitații (până la 160 de bătăi de inimă pe minut), creștere bruscă a tensiunii arteriale (până la 210/110 mm Hg), tulburări de ritm cardiac (extrasistole), arsuri și senzații de căldură în partea superioară a inimii, înțepături, dureri sau tensiune în piept (pe partea stângă).
- Transpirație, senzații de căldură sau frig, tendința spre hiperventilare, dificultăți de respirație, senzații de închețare sau de sufocare, senzații de amețeală, tulburări ale sensibilității (parestezii), greață.
- Senzație de iminență a morții, asemănătoare sentimentului de panică, ce este indusă de simptome evaluate ca fiind semnele unei boli de inimă.
- Concentrare anxioasă permanentă asupra inimii cu teama de a nu suferi de o boală de inimă până acum necunoscută, deși în urma

controalelor medicale repetate nu a fost identificată nicio dovadă de natură organică.

- Neîncredere în funcția cardiacă automată, astfel încât sunt întreprinse în mod exagerat controale (palpare și măsurare frecventă a pulsului, precum și a tensiunii arteriale). Concentrarea permanentă asupra inimii duce la percepția exagerată a inimii și amplifică anxietatea cardiacă, manifestată chiar și în cazul celei mai mici neregularități. Se pornește astfel un cerc vicios, întrucât simplul fapt de a-ți îndrepta atenția în mod selectiv, sporit și

încordat asupra activității cardiace are ca efect o ușoară creștere a frecvenței bătăilor cardiace.

- Frici hipocondriace care determină evaluarea unor stări fizice normale drept semne ale unui infarct.

- Preocupare permanentă cu privire la luarea unor măsuri medicale de siguranță (a sta în preajma unor unități medicale, informații referitoare la reglementările serviciilor medicale de urgență).

- Atitudine pronunțată de evitare a suprasolicitării inimii. Pacienții cu fobie cardiacă se menajează mai mult chiar și decât le este recomandat pacienților care au suferit un infarct.

- Transmiterea anxietății cu privire la inimă și membrilor de familie și implicarea acestora în adoptarea unui stil de viață adaptat stării de boală astfel încât locuința va avea aspectul unui sanatoriu. Atenție: aparținătorii întăresc fixația cu privire la boală dacă susțin un asemenea climat de supraprotecție.

- Dependența față de membrii cei mai apropiați din familie, îndeosebi față de partener, care este cel de la care pacientul așteaptă siguranță și protecție, după o viață în care, de obicei, a trăit multiple experiențe de pierdere. Pacienții cu fobii cardiace au tendința de a avea tipare relaționale simbiotice, trăind cu anxietate sporită fiecare prilej de nesiguranță în relația de cuplu.

- Vizite frecvente la medici interniști și nu la psihiatri și psihoterapeuți, întrucât persoanele afectate se simt bolnave din punct de vedere fizic și nu psihic.

În funcție de tipul și de intensitatea anxietăților cardiace, se disting trei grupe de pacienți cu fobii cardiace:

- Pacienți cu fobie față de moartea cauzată de o problemă cardiacă. Aceștia trăiesc atacuri de panică și sunt copleșiți de frică.
- Pacienți hipocondriaci cu privire la moartea cauzată de o problemă cardiacă. Ei nu experimentează atacuri de panică, ci trăiesc cu convingerea subiectivă că vor muri din cauza unei probleme cardiace. Vestea că inima lor este sănătoasă nu este una care să-i liniștească. Din cauza fricii cu privire la moartea cauzată de o problemă cardiacă, aceștia doresc să întreprindă adesea controale medicale cardiologice.
- Pacienți hipocondriaci cu privire la probleme cardiace. Au permanent o preocupare față de starea inimii, dar nu trăiesc cu frica de moarte.

## **TULBURĂRILE FUNCȚIONALE DE RITM CARDIAC**

Tulburarea de ritm cardiac neorganică este cea de-a doua cea mai frecventă simptomatologie somatoformă din sfera cardiacă. În cadrul acesteia, hormonii de stres sunt cei care modifică starea normală de funcționare automată a nodulului sinoatrial, astfel încât apar simptome precum bătăi accelerate de inimă, dereglări de ritm, palpitații sau accelerarea pulsului. Când acestea sunt interpretate ca fiind periculoase, adesea se dezvoltă atacuri de panică. În cazul acestora, ca și în cel al fobiilor cardiace, devine dominantă frica față de un infarct chiar și în urma efectuării controalelor medicale.

Cele două cele mai importante tulburări funcționale sunt tulburarea de frecvență cardiacă (tahicardia: mai mult de 100 de bătăi pe minut, bradicardia: mai puțin de 60 de bătăi pe minut) și bătăile neregulate ale inimii. În acest caz este vorba despre o aritmie supraventriculară

benignă care se deosebește de aritmia ventriculară care este periculoasă și care își are originea la nivelul ventriculilor, și în cazul căreia sunt posibile complicații severe care pot culmina cu moartea subită.

Extrasistolele care nu sunt de natură organică sunt bătăi ale inimii „ieșite din grafic” care apar ca urmare a trecerii rapide de la bătăile de inimă accelerate la cele încetinite. În urma bătăilor de inimă accelerate și pentru a-și restabili ritmul, inima face o scurtă pauză pe care multe persoane o percep ca fiind înspăimântătoare. Aceasta este o reacție absolut normală și nepericuloasă! Însă pentru a distinge între tulburările de ritm cardiac periculoase și cele nepericuloase, este însă întotdeauna necesară investigarea medicală amănunțită.

Stresul, agitația și anxietatea pot determina congestia, pe fond nervos, a vaselor coronariene („angină pectorală spastică” ca urmare a constricției spastice); consecința o constituie lipsa fluxului de sânge și de oxigen la nivelul inimii care adesea se asociază cu durere, ce iradiază mai ales în brațul stâng, și cu teama că ar putea surveni un infarct. În această situație apar dureri mari însoțite de teamă, ca și în cazul anginei pectorale. Spre deosebire de aceasta însă, aceste dureri sunt trecătoare, întrucât apar strict „pe fond nervos”.

## **TULBURĂRILE ORGANICE**

Tulburările organice se manifestă atunci când apare un dezechilibru între necesarul de sânge și de oxigen în mușchiul cardiac și între aportul de sânge și de oxigen furnizat prin intermediul vaselor coronariene. Afecțiunile cardiace coronariene apar pe fondul unei arterioscleroze (calcifieri) a sistemului vascular arterial. Astfel, vasele de sânge devin din ce în ce mai puțin elastice, volumul vaselor se îngustează și vasele de sânge coronariene nu mai funcționează în mod satisfăcător (insuficiență coronariană). Inima primește un aport mai mic de oxigen decât ar fi necesar. Consecințele: angina pectorală, tulburări de ritm cardiac și infarct. Modificarea vaselor sangvine ca urmare a arteriosclerozei constituie baza unui accident

vascular sau a trombozei care apare cel mai adesea la nivelul picioarelor.

Factorii de risc primari care determină îngustarea vaselor sangvine ca urmare a arteriosclerozei sunt: nivelul crescut de lipoproteine din sânge (în special nivelul crescut de colesterol LDL), tensiunea arterială (hipotonie arterială), diabetul zaharat (diabetes mellitus) și fumatul. Factorii de risc care nu au legătură cu stilul de viață sunt: sexul masculin, vârsta înaintată și stresul familial. Factorii de risc secundari sunt: obiceiurile alimentare nesănătoase, supraponderalitatea, lipsa mișcării, concentrația crescută de acid uric în sânge, modificările caracteristicilor trombocitelor, precum și stresul cauzat de anumiți factori psihosociali (probleme emoționale, suprasolicitare profesională, circumstanțe care generează schimbări ale vieții, lipsă a suportului social, condiții socioeconomice nefavorabile).

## **ANGINA PECTORALĂ**

Angina pectorală (senzația de „strâmtoare în piept”) este simptomul cel mai frecvent, dar care însă nu apare în mod obligatoriu în cazul unei tulburări cardiace coronariene. Ea se referă la îngustarea unei artere coronare care determină astfel diminuarea circulației sangvine. Aceasta este denumită angină pectorală stabilă atunci când simptomele apar în mod constant ca urmare a stresului fizic și psihic. Cei care suferă de această tulburare simt în spatele sternului dureri apăsătoare, asemănătoare celor care apar în cazul unui accident vascular, care iradiază în partea stângă a pieptului, în brațul stâng, dar și în partea superioară a pieptului, la nivelul gâtului, umerilor, spatelui sau epigastrului. Durerile sunt percepute ca o presiune enormă în piept sau ca senzație apăsătoare de durere sau de arsură. În cazul unor atacuri severe, pot apărea și stări de colaps însoțite de greață, dificultăți de respirație, transpirație și anxietate. Durerile în piept durează de obicei numai

câteva minute și cedează în condiții de îngrijire, repaus, relaxare și cu ajutorul medicamentelor.

În cazul anginei pectorale instabile, simptomele apar în stare de repaus sau în cazul unei solicitări reduse, menținându-se pentru perioade din ce în ce mai îndelungate și intensificându-se. Din cauza pericolului de infarct, este necesară intervenția imediată. Odată cu manifestarea simptomatologiei anginei pectorale de efort, se poate suspecta o afecțiune coronariană care, cu ajutorul investigației EKG de efort, poate fi delimitată clar de existența unei afecțiuni cardiace funcționale sau de durerile provenite de la nivelul coloanei vertebrale. Atunci când vasele coronariene sunt deja îngustate, stresul poate conduce temporar la diminuarea circulației sangvine și, astfel, la simptome dureroase la nivelul pieptului. Din perspectivă psihosomatică, este relevant faptul că, atunci când afecțiunea este prezentă, emoții puternice precum furia și supărarea pot provoca declanșarea simptomelor anginei pectorale.

## Infarctul

Infarctul este cea mai frecventă cauză singulară de deces. În rândul națiunilor vestice industrializate, rata infarctului a înregistrat o scădere ce se datorează creșterii calității tratamentului acut și a medicinei preventive. Cu toate acestea, numărul pacienților cu afecțiuni cardiace coronariene a crescut. Infarctul reprezintă obturația unui vas de sânge coronarian, din cauza unui cheag de sânge care determină ca țesutul aflat în spatele acestuia să nu mai fie alimentat cu sânge și cu oxigen și ca deșeurile metabolice să nu mai poată fi eliminate, astfel încât țesutul moare după doar câteva secunde. Dacă infarctul afectează un vas sangvin de dimensiune mare sau o mare parte a inimii, efectul este moartea imediată; în alte cazuri însă, apare o angină pectorală cu durere puternică în spatele sternului care adesea iradiază în brațul stâng, cu scăderea tensiunii arteriale și a pulsului, transpirație rece și dificultăți majore de respirație. În cazul în care este afectată o mai mică parte a inimii, infarctul trece aproape neobservat („infarct silențios” cu scurte dureri în piept și acuze mai degrabă nespecifice). Majoritatea pacienților care suferă de infarct îl trăiesc ca pe un „fulger venit din ceruri”. Adesea, aceștia ignoră semnele de avertizare pe parcursul unei perioade îndelungate. Premisa pentru un infarct o constituie existența unor microleziuni la

nivelul celui mai profund strat al vaselor sangvine. Sedimentele (plăcile) — care s-au format din multiple straturi, pe parcursul unui proces îndelungat, în urma căruia diametrul vaselor sangvine s-a îngustat — se pot

sparge și pot obtura vasul sangvin ca urmare a tensiunii peretelui vasului sangvin sau a proceselor vasoconstrictive.

## **ABORDĂRI PSIHOSOMATICE**

### **FACTORI PSIHOLÓGICI**

În tulburările funcționale de ritm cardiac, stresul și anumite emoții precum furia și frica determină modificări ale bătăilor inimii. În concepția psihanalitică, la baza fobiei cardiace se află adesea un conflict care are legătură cu partenerul de cuplu: pe de-o parte există dorința pentru mai multă independență, pe de altă parte frica pentru pierderea dependenței. Adesea, fobia cardiacă este expresia unei pronunțate frici generale de îmbolnăvire, a unei monitorizări corporale ipohondrice, a unei fixații asupra senzațiilor cardiace, apărute ca urmare a propriului istoric de viață sau a elaborării deficitare a infarctului unei rude, respectiv al unei persoane cunoscute.

În situația unei afecțiuni cardiace coronariene, următorii factori psihici și psihosociali sunt extrem de semnificativi în declanșarea și evoluția bolii:

1. Ostilitatea și tendința de a se consuma până la epuizare. La sfârșitul anilor '50 ai secolului trecut, așa-numitul „tip A” era considerat, prin excelență, *personalitatea* de risc pentru apariția infarctului. Acest model comportamental a fost primul model explicativ psihosocial, care a dominat apoi, timp de câteva decenii, psihosomatica infarctului. Conform acestuia, tipurile de personalitate extrem de ambițioase, nerăbdătoare, mereu încordate, preocupate, agitate și stresate se pot îmbolnăvi cu ușurință de inimă. Acest model este respins deja de ceva vreme de către experți, fiind considerat unul simplist, dar — în mod dezastruos — el poate fi încă întâlnit în

cărțile de popularizare. Multe părți ale acestui model au trebuit să fie revizuite, cu toate acestea însă există anumite componente care s-au dovedit a constitui pericole pentru apariția unui infarct: atitudinea ostilă, emoțiile agresive și supărarea permanentă în special în legătură cu incapacitatea de a depăși ostilitatea și furia în mod constructiv. Furia acută poate într-adevăr declanșa o îngustare a vaselor de sânge coronariene și, în consecință, un infarct; aceasta favorizează desprinderea plăcilor arteriosclerotice și obturarea vaselor de sânge coronariene din cauza cheagurilor de sânge care se formează astfel. În cazul persoanelor care suferă de afecțiuni cardiace coronariene, riscul apariției unui infarct este în mod vizibil accentuat în primele două ore de la trăirea unei pronunțate stări de furie.

2. Caracterul depresiv, lipsa speranței și extenuarea. Acești factori s-au dovedit a fi, în ultimii ani, factori semnificativi de risc, întrucât aceștia, datorită activității diminuate a sistemului nervos parasimpatic (lipsa liniștii și a relaxării), favorizează

dezvoltarea unei afecțiuni cardiace coronariene. Noi descoperiri demonstrează faptul că tulburările care au cauze psihice vor trebui luate în serios și tratate, întrucât acestea, datorită hiperactivității pe termen lung a sistemului care secretă hormonul de stres (a nivelului crescut al cortizolului, hormonul legat de stresul cronic), favorizează apariția tulburărilor fizice.

3. Stresul acut și cronic. Stresul cronic, care nu poate fi autocontrolat și nici diminuat prin metode de relaxare și recreere, se asociază cu numeroase reacții psihice și biologice care pot determina apariția unui infarct prin creșterea tensiunii arteriale, prezența unor valori crescute a nivelurilor de lipide în sânge, înregistrarea unor factori modificați de coagulare a sângelui, îngustarea vaselor sangvine coronariene, apariția unor tulburări de ritm cardiac ce pun în pericol viața și prin fisuri ale plăcilor arteriosclerotice.

4. Lipsa suportului social și emoțional. Lipsa susținerii sociale și a aprecierii emoționale și izolarea socială îngreunează confruntarea cu factorii de stres fizici, psihici și sociali și pot, prin urmare, să



sporească riscul apariției unei afecțiuni coronariene. În situația suportului social precar, rata mortalității în cazul persoanelor care suferă de afecțiuni cardiace se dublează.

5. Solicitarea sporită în plan profesional, atunci când nu există posibilități de influențare ale condițiilor la locul de muncă. Stresul la locul de muncă devine un factor de risc pentru dezvoltarea unor afecțiuni cardiovasculare atunci când cerințele sunt prea mari, iar posibilitățile de a controla procesele care se desfășoară la locul de muncă sunt prea reduse, așadar, atunci când, la nivel individual, nu există nicio marjă de libertate în luarea deciziilor, nu există autonomie, iar propriile abilități nu pot fi puse în valoare. Lipsa suportului social la locul de muncă constituie un factor suplimentar de stres.

6. Lipsa echilibrului între implicarea profesională și aprecierea primită. Este dovedit faptul că riscul de infarct este sporit atunci când efortul suplimentar nu se asociază cu recompense pe măsură, precum salarizarea, aprecierea, posibilitățile de promovare profesională și siguranța la locul de muncă.

7. Statutul socioeconomic scăzut. Boala cardiacă coronariană s-a transformat dintr-o afecțiune considerată în trecut ca fiind „boală de director” într-o boală care afectează pătura socială defavorizată. Posibile explicații sunt: capacitate mai limitată de a influența situația de viață și situația profesională, stil de viață mai puțin sănătos, obiceiuri alimentare mai nesănătoase, conștientizare mai redusă a stării

de sănătate, îngrijire medicală mai precară.

Cel puțin în cazurile în care afecțiunile cardiace coronariene sunt deja prezente, factorii psihosociali enumerați constituie factori de risc, întrucât aceștia determină o continuă supraactivare a sistemului nervos simpatic și inhibiția sistemului nervos parasimpatic; astfel, pe termen lung, o simplă predispoziție arteriosclerotică se poate accentua.

În cazul grupului pacienților care au suferit un infarct, comparativ cu grupul de control al persoanelor sănătoase, au fost identificați următorii factori stresori: orele de muncă suplimentare (mai mult de 40 pe lună), presiunea timpului, întreruperea frecventă a fluxului de activitate, cerințele contradictorii, problemele cu superiorii, pericolul adoptării unor măsuri de raționalizare, pericolul unor transferuri și al pierderii statutului. Aceste circumstanțe au devenit semnificative pentru a favoriza dezvoltarea unei afecțiuni numai atunci când ele au fost însoțite de dificultăți exterioare sferei profesionale, precum experiențele de pierdere, cazurile de boală și conflictele în viața privată. În comparație cu pacienții sănătoși, pacienții care au suferit un infarct și care s-au confruntat cu multiple provocări în viața profesională și personală prezintă, de patru ori mai frecvent, trăsături de personalitate care corespund așa-numitului tipar de personalitate de tip A (ambiiție, spirit competitiv, nerăbdare, potențial înalt de manifestare a agresivității și ostilității).

Aceste conexiuni complexe care există între factorii profesionali, cei de viață personală și cei specifici tipului de personalitate îndeamnă la prudență cu privire la alegerea unor modele explicative prea simpliste ale factorilor de stres care stau la baza tulburărilor psihosomatice, precum și cu privire la alegerea unor explicații unidimensionale sau monocauzale ale acestora. Până acum nu există dovezi științifice asupra faptului că stresul și factorii emoționali în sine stau la baza dezvoltării afecțiunilor cardiace coronariene. Conform modelului actual de conceptualizarea bolii dintr-o perspectivă bio-psiho-socială, există mai mulți factori care contribuie la dezvoltarea acestor afecțiuni. Chiar și în cazurile în care componentele psihice pot fi demonstrate în mod clar, este necesară întotdeauna întreprinderea unei investigații medicale care are ca scop evitarea pericolului declanșării unui infarct.

Până de curând, conexiunile dintre afecțiunile cardiace coronariene și situațiile psihosociale stresante au fost identificate exclusiv în cazul bărbaților. Într-un studiu referitor la riscul apariției unui infarct la femei a putut fi confirmat și în cazul acestora tabloul deja cunoscut: riscul unei afecțiuni cardiace coronariene crește în

cazul femeilor care provin din pături sociale defavorizate, au dificultăți familiale și probleme de cuplu, suferă ca urmare a stresului la locul de muncă și se află în situații de izolare socială. În situația femeilor care au o afecțiune cardiacă coronariană, riscul apariției unui nou infarct este mai crescut în condiții de stres cronic marital decât în condiții de stres la locul de muncă.

## **STRATEGII TERAPEUTICE**

În primul rând, persoanele cu tulburări somatoforme de ritm cardiac au nevoie să primească informația liniștitoare că, în situația persoanelor care au inima sănătoasă, majoritatea tulburărilor de ritm cardiac nu sunt periculoase. Pentru a nu fi tot timpul tentați să dezvolte modele explicative medicale, pacienții vor trebui să învețe a recunoaște conexiunile care există între, pe de o parte, starea lor emoțională și situațiile stresante de natură psihosocială și, pe de altă parte, senzațiile pe care le resimt în sfera inimii. Pacienții cu fobii cardiace vor trebui nu numai să învețe să manifeste o atitudine mai puțin anxioasă în a-și observa și a-și simți inima, ci și să descopere de ce anume le este frică cu adevărat: pierderea partenerului ca urmare a separării sau a morții, îmbolnăvirea gravă, respectiv moartea unui părinte, pierderea locului de muncă prin concediere, eșecurile care provoacă propriul disconfort și critica celor din jur etc. Grijile față de presupusele probleme de inimă adesea distrag atenția de la adevăratele probleme de viață, astfel încât este necesar ca, mai mult decât oricând, pe parcursul unei terapii, aceștia să se confrunte cu aceste probleme pentru a găsi soluții constructive.

În plus, având ca scop înlăturarea fricii față de senzațiile cardiace percepute ca fiind neplăcute, în cazul persoanelor afectate este utilă aplicarea tehnicii expunerii care are ca efect accelerarea rapidă a inimii (prin executarea, de exemplu, a unor genuflexiuni rapide). Pacienții cu fobii cardiace vor putea utiliza în mod constructiv tehnici de relaxare, precum trainingul autogen, doar atunci când aceștia vor fi învățați să-și concentreze atenția către propriul corp fără a se teme și fără a-și influența conștient ritmul cardiac. Atunci când persoanele afectate vor învăța să-și tolereze mai bine și să-și înțeleagă senzațiile

cardiace, nu vor mai fi necesare controalele medicale la cardiologie. Până la atingerea acestui scop, vor fi întreprinse controale medicale cardiologice periodice, conform indicațiilor medicului, independent de simptome, pentru a nu întârzi simptomele fobiei cardiace. Activarea sistemului nervos simpatic din cauze emoționale nu este nicidecum periculoasă și nu necesită tratament; prescrierea de medicamente betablocante nu face decât a întârzi convingerea celui afectat că suferă de o boală organică.

Deși există dovezi clare referitoare la influența pe care factorii psihici și psihosociali îi exercită asupra evoluției unei afecțiuni cardiace coronariene, lipsesc studiile concludente care să demonstreze faptul că psihoterapia poate influența în mod pozitiv evoluția bolii. Din practica clinică, se cunoaște însă faptul că, în

cazurile pacienților care au suferit un infarct, intervențiile psihologice se dovedesc utile în scopul gestionării mai eficiente a situației de îmbolnăvire. Aceste intervenții constau în îmbinarea mai multor strategii:

1. Programe de informare și educare (psihoeucație). Acestea servesc optimizării complianței pacientului și includ informarea comprehensivă pentru înlăturarea fricilor inutile apărute ca urmare a lipsei de informare.
2. Suportul social, optimismul, calmarea și implicarea personală în mediul social și în cel de sprijin sunt extrem de importante în faza acută de recuperare.
3. Training de relaxare. Tehnicile de relaxare individuale sau combinate sunt menite să reducă starea de încordare de fond și să îmbunătățească starea de bine.
4. Gestionarea stresului. O mai bună gestionare a oricărei forme de stres în cadrul unui program de training pentru gestionarea stresului, pe cât posibil individualizat, protejează corpul pe viitor, în situațiile de suprasolicitare.

5. Terapia de expunere. Persoanele afectate vor trebui să învețe să-și gestioneze mai eficient problemele cardiovasculare, prin intermediul antrenamentului fizic adecvat.

6. Acordarea de sprijin în vederea schimbării stilului de viață. Modificările stilului de viață, atât în sensul adoptării unei alimentații sănătoase, a desfășurării activității fizice și a sportului, a reducerii consumului de alcool și tutun, cât și în sensul diminuării nivelului de stres reduc factorii de risc care determină apariția unei afecțiuni cardiace coronariene.

## CÂND TENSIUNEA ARTERIALĂ O IA RAZNA

*Când sângele se pune în mișcare, rațiunea încetează a mai fi stăpânul simțurilor; atunci ies la iveală diferitele carențe ale temperamentului!*

ADOLF FREIHERR VON KNIGGE

## HIPERTENSIUNEA PSIHOGENĂ — DATĂ PESTE CAP PRIN STRES ȘI SUPĂRARE

*Doamna Maier, 37 de ani, secretară, căsătorită, având un copil, suferă de doi ani de tensiune arterială oscilantă. Valoarea cea mai ridicată o înregistrează în timpul orelor de muncă, valoarea cea mai mică, respectiv normală, în concediu. Mai multe controale cardiologice, la diferiți medici de specialitate, nu confirmă existența unei tulburări cardiovasculare. Simptomatologia s-a instalat odată cu preluarea conducerii firmei de către directorul adjunct, care a hărțuit-o sexual în două rânduri. Se simte total neajutorată în fața șefului, întrucât demisia ar reprezenta sfârșitul ei existențial, în lipsa altor locuri de muncă în zonă. De frică, muncește peste program și se supără adesea că șeful consideră acest lucru de la sine înțeles. La toate acestea se adaugă tensiunile din familie: soțul nu-i înțelege deloc situația, pe zi ce trece se transformă într-un alcoolic și, în această stare, o agresează sexual. Și față de acesta trăiește un profund sentiment de neajutorare, întrucât, cel puțin în prezent,*

*divorțul este exclus. Doamna Maier nu a învățat niciodată să-și exprime în fața șefului sau soțului supărarea sau să vorbească cu altcineva despre aceasta. Deși în interior este plină de furie, în exterior este întotdeauna prietenoasă și discretă față de alți oameni. Ea înghite totul, în timp ce tensiunea ei arterială crește vertiginos. Atunci când medicul de familie, care este la curent cu situația ei, dorește să-i prescrie medicamente pentru tensiunea arterială, ea optează, într-o primă fază, să urmeze o psihoterapie pentru a-și stabiliza astfel tensiunea arterială labilă.*

## **„A FIERBE DE FURIE”: TENSIUNEA ARTERIALĂ ȘI PSIHICUL**

Pentru a asigura corpului oxigen și nutrienți, inima pompează sânge în sistemul vascular în care, în funcție de necesarul de energie, se înregistrează diferite valori ale tensiunii. Prin tensiune arterială se înțelege presiunea exercitată de mușchiul cardiac, în urma căreia masa sangvină a întregului organism este transportată prin artere (vase care pleacă de la inimă) în întregul corp. Tensiunea arterială depinde de forța de contracție (puterea de pompare) a inimii și de rezistența sistemului vascular arterial. Tensiunea arterială crește datorită activității crescute a inimii și a îngustării vaselor sangvine arteriale ale pielii.

Valoarea mai ridicată (sistolică) reprezintă tensiunea arterială la contracția inimii, când inima expulzează la capacitate maximă sângele. Valoarea joasă (diastolică) descrie tensiunea reziduală în sistemul vascular la decontractare (faza de relaxare a mușchiului cardiac) și constituie o măsură a elasticității sistemului vascular arterial. O tensiune diastolică prea ridicată (peste 95 mm Hg) constituie un indiciu asupra îngustării prin calcifiere sau din cauza tensiunii psihice cronice. Tensiunea arterială nu reprezintă o valoare constantă, ci fluctuează în funcție de momentul zilei (cea mai joasă este în timpul nopții), anotimp, activitate, factori emoționali și numeroase alte condiții.

Tensiunea arterială se măsoară în milimetri coloană de mercur (mm Hg). Aceasta este optimă („normotonie”) în jurul valorii de 120/80 mm Hg, iar în trecut era considerată o valoare „încă” normală cea de 130–139/85–89 mm Hg. Vorbim despre o hipertonie (hipertensiune arterială) când se ating valori de peste 160/95 mm Hg, măsurate în multiple rânduri, pe antebraț, după cinci minute de ședere, de-a lungul unui interval temporar de trei luni, și despre o hipotonie (hipotensiune arterială) la valori sub 100/70–65 mm Hg. Valoarea hipertensiunii de graniță era considerată până de curând cea de 140–160/90–95. Pe baza celor mai noi descoperiri, autoritatea publică sanitară americană a stabilit o tensiune arterială de 120/80 ca fiind normală și dezirabilă, în timp ce valori sistolice de 121–140 pot determina deteriorări ale pereților vasculari și constituie, prin urmare, „faza pre-hipertensivă”.

Componenta emoțională a tensiunii arteriale este relevantă de câteva expresii: A fierbe de furie. A țî se urca sângele la cap. Sângele fierbe în vene sau începe să clocotească. Cineva își păstrează cu greu sângele-rece sau cuiva i se umflă venele. În acest caz, mai poate fi de ajutor numai: „păstrarea sângelui-rece”!

Starea psihică influențează nivelul tensiunii arteriale în mod direct și puternic: la furie, supărare, frică, entuziasm și stres, aceasta poate crește într-un caz extrem până la 240/130 mm Hg. Când aceasta este crescută timp îndelungat pe fond de stres, atunci tulburarea funcțională se poate transforma într-una organică. Corpul învață că aceasta este starea normală și uită care sunt măsurile de scădere a tensiunii arteriale. În timpul odihnei și relaxării tensiunea arterială scade ca urmare a activității cardiace diminuate și a dilatării micilor vase sangvine arteriale ale pielii. Reacțiile de șoc și de frică, precum și stresul suprasolicitant conduc la supraactivitate parasimpatică cu scăderea puternică a tensiunii arteriale până la colaps circulator. Subiectiv, aceasta se poate observa prin senzația de amețeală, eventual chiar prin scurta stare de leșin.

Activitatea sistemului nervos simpatic determină redistribuirea sângelui în corp: aceasta are ca efect creșterea tensiunii arteriale, accelerarea ritmului cardiac și o mai intensă vascularizare a

mușchilor concomitent cu diminuarea vascularizării zonei gastrointestinale, a rinichilor și a pielii.

Modificările care au loc în corp ca urmare a reacției la stres se produc sub influența așa-numitei axe hipotalamus–hipofiză–glande suprarenale. Rolul cortizolului, hormon legat de stresul cronic, constă în creșterea tensiunii arteriale pentru a asigura corpului mai multă energie; acest proces continuă să se desfășoare sub influența stresului emoțional și în lipsa mișcării. Pacienții hipertensivi prezintă un nivel crescut al hormonului stresului cronic (cortizolul), care determină creșterea tensiunii arteriale. Persoanele cu hipertonie manifestă tendința de creștere a tensiunii arteriale în situații care, în cazul persoanelor cu tensiune arterială normală, nu produc modificări.

Oscilațiile tensiunii arteriale și tulburările circulatorii sunt asociate și anumitor tulburări psihice. În cazul atacurilor de panică sau al curei de dezalcoolizare, tensiunea arterială crește, iar în cazul depresiilor tensiunea arterială poate scădea. Pacienților anxioși și celor care au atacuri de panică le este adesea foarte frică de palpitații, întrucât, în lipsa cunoștințelor medicale, aceștia le asociază cu pericolul amenințător al infarctului, când de fapt, adesea, aceștia prezintă în atacul de panică doar un puls ușor mai accelerat pe care îl supraevaluează ca urmare a percepției exagerate a bătăilor inimii.

**Tabelul 4:** Tulburări ale tensiunii arteriale relevante din punct de vedere psihosomatic

## **TULBURĂRILE FUNCȚIONALE**

### **DEREGLAREA HIPERTONICĂ**

Hipertonia situațională este o tulburare hipertonică trecătoare și de scurtă durată; în acest caz, tensiunea arterială este crescută — din cauza factorilor psihici precum stresul, supărarea, furia și frica — însă, măsurând tensiunea arterială pe o perioadă de 24 de ore, profilul tensiunii arteriale este unul normal, cu o medie a zilei de sub



140 mm Hg. De la fluctuații permanente ale tensiunii arteriale, în sensul de tensiune arterială oscilantă, se poate ajunge pe parcursul unui interval de timp mai îndelungat la o tensiune arterială stabilă, datorată proceselor de adaptare ale sistemului vascular (de ex., îngroșarea pereților vasculari, în special a vaselor de sânge ale rinichilor). Această hipertensiune se va păstra chiar și când factorii care cauzează inițial creșterea tensiunii arteriale sunt eliminați.

Hipertonia vasculară simpatică este o stare de neliniște și încordare de natură psihică (cauzată de stres, furie, supărare, lipsa somnului etc.) care provoacă brusc tahicardie (120–160 bătăi de inimă/minut) și tensiune arterială (valori de până la 240/110 mm Hg), adesea însoțite de tendințe de hiperventilare, transpirație și frică de moarte.

## **PERTURBAREA HIPOTONICĂ (SINCOPA VASOVAGALĂ)**

O sincopă este pierderea temporară a cunoștinței (care durează între câteva secunde și câteva minute) și pierderea tonusului mușchilor posturali. Factorul declanșator este vascularizarea temporară precară sau perturbările metabolice ale acelor regiuni cerebrale care determină păstrarea cunoștinței. După circa două până la trei secunde apar și simptome, precum starea de slăbiciune, amețeala, senzația de negru în fața ochilor și amețeala, după alte zece secunde se instalează starea de inconștiență, iar după alte zece până la douăzeci de secunde se adaugă și crampele musculare. Sincopele vasovagale se declanșează adesea prin sperieturi bruște, stres psihic sau emoțional și stări de durere, întrucât mulți dintre cei afectați sunt deosebit de sensibili la acești factori declanșatori. Cauza constă într-o reacție biologică de creștere a vascularizării musculaturii pentru pregătirea reacției de fugă care, din cauza unui blocaj la nivelul sistemului nervos central totuși nu se efectuează, astfel încât o cantitate relativ mare de sânge rămâne acumulată la nivelul picioarelor, iar refluxul sangvin redus către inimă cauzează temporar o vascularizare deficitară a creierului.

Sincopele sunt un simptom, și nu o boală în sine. Pe lângă numeroasele

tipuri de sincope cu cauze organice există și sincope funcționale care, de altfel, constituie majoritatea cazurilor. În contextul psihosomatic este cu precădere importantă sincopa vasovagală. Aceasta este cel mai adesea un rezultat al așa-numitei hipotonii ortostatice (prin aceasta se înțelege o scădere a tensiunii arteriale la statul îndelung în picioare, când sângele se acumulează în picioare). Semnele premergătoare ale acesteia sunt: vertij, amețeală, senzație de negru în fața ochilor, slăbiciune musculară, greață, transpirație, neliniște, paloare, oftat, căscat (ca semne ale lipsei de oxigen). 30% dintre adulții sănătoși au suferit o sincopă vasovagală.

Pacienților anxioși și cu atacuri de panică le este adesea frică de leșin datorită scăderii tensiunii arteriale; această frică este însă total nefondată, întrucât, dimpotrivă, în cazul atacurilor de panică tensiunea arterială adesea crește considerabil. În situația a trei pătrimi dintre persoanele care manifestă fobii la vederea sângelui, la rănire sau cu frică de înălțime, aceștia au trăit cel puțin o dată o scădere a tensiunii arteriale care a condus la o scurtă stare de leșin. În cazul a două treimi dintre persoanele care au suferit o dată o sincopă situațională (de ex., când vremea este umedă sau când este caniculă îndelungată), aceasta se constituie într-un eveniment singular. Experiența unei sincope, care în mod subiectiv este trăită ca pericol de moarte, poate reprezenta un eveniment atât de marcant, încât cei afectați dezvoltă un comportament pronunțat de evitare în sensul unei temeri de a se afla în locuri publice (agorafobie) și aleg retragerea socială din teama de a nu ieși în evidență în mod neplăcut — factori care conduc spre o și mai pronunțată anxietate și deprimare.

## **TULBURĂRILE ORGANICE**

### **Hipertonia arterială**

Frecvent hipertonia este considerată ca fiind cea mai răspândită tulburare: în cazul a 20 până la 25% din populație se înregistrează niveluri ale tensiunii arteriale care necesită îngrijire medicală. Să mai amintim și următoarele date care ne pot da de gândit: numai circa jumătate dintre persoanele cu hipertonie sunt corect diagnosticate, aproximativ două treimi dintre pacienții diagnosticați cu tensiune arterială nu beneficiază de un tratament corespunzător, ceea ce înseamnă că tensiunea arterială a acestora nu se situează între limitele normale.

Vorbim despre tensiune arterială mărită atunci când inima depune un efort prea mare de a pompa sângele în corp pentru a aproviziona țesuturile. Tensiunea arterială crește prea mult, pentru că inima trebuie ca la fiecare contracție să expulzeze o cantitate crescută de sânge sau să facă față unei rezistențe mărite a pereților arteriali. De aceea mușchiul cardiac se mărește, având astfel nevoie de o și mai mare cantitate de oxigen, care însă, tocmai în situațiile de calcifiere a vaselor de sânge, este distribuit într-o cantitate insuficientă. Hipertonia arterială este unul dintre principalii factori de risc pentru arterioscleroză, fiind absolut necesară stabilizarea tensiunii arteriale.

Tensiunea arterială mărită adesea nici nu este recunoscută ca atare de către cei în cauză, întrucât aceștia, de obicei, nu acuză probleme specifice. Neliniștea generală și nervozitatea, pulsul accelerat, zvâcnirea tâmpelor, durerea de cap pulsatilă (în special la efort), senzația de căldură, înroșirea feței la efort ușor, amețea (adesea cu țiuit de urechi și încețoșarea privirii), furnicăturile în brațe și picioare, meteosensibilitatea, hemoragia nazală, ușoara durere apăsătoare în piept, dificultatea de respirație (îndeosebi în cazul stresului fizic și psihic), problemele cardiace, oboseala și scăderea rezistenței la efort sunt deja simptome ale unei hipertonii, și nu simple semne premergătoare. Efectele pe termen lung sunt: afectarea inimii, a rinichilor, a ochilor și a vaselor cerebrale. Sechelele se manifestă sub forma sclerozei, mai precis a unei întăriri și îngustări a vaselor, care are ca urmare vascularizarea redusă cu pericol de infarct sau accident vascular.

În circa 95% dintre cazurile cu tensiune arterială crescută preexistă o hipertonie esențială sau primară, mai precis o valoare a tensiunii arteriale crescute care se înregistrează, de obicei, pe tot parcursul vieții, fără a avea la bază o boală cu simptome recognoscibile — posibilele cauze sunt necunoscute, cel puțin până

acum. Hipertonia secundară apare ca urmare a unor boli, îndeosebi a unor boli renale, se manifestă totuși numai în 5% dintre cazuri.

Hipertonia esențială este considerată ca fiind o boală multifactorială: alimentația nesănătoasă, supraponderalitatea, mișcarea insuficientă, consumul excesiv de sare, consumul crescut de alcool și nicotină, precum și ereditatea, după cum își exercită influența și diferite afecțiuni principale (de ex., diabetul). De asemenea, pot contribui și stresul cronic familial, partenerial sau profesional și diferitele aspecte ale personalității (îndeosebi supărarea permanentă sau frica cronică). Stresul determină reținerea de apă și sare în organism, precum și secretarea hormonului denumit renină, care are consecințe negative asupra funcționării rinichilor și care astfel favorizează creșterea tensiunii arteriale. Stresul emoțional constituie un indiciu pentru necesitatea unei consilieri psihologice sau a unei psihoterapii.

## **HIPOTONIA**

Tensiunea arterială scăzută nu este o boală, ci o stare. În situația în care totuși avem de-a face cu o tulburare, următoarele informații pot fi de folos: în cazul hipotoniei esențiale, vasele, din cauza unei disfuncții de inervare a acestora, sunt atât de dilatate încât cantitatea de sânge expulzată de inimă este insuficientă pentru a obține o tensiune arterială normală. Aceasta conduce la lipsa de sânge și de oxigen în creier, precum și la deteriorări ale tuturor funcțiilor organismului. Tensiunea arterială deranjant de scăzută are următoarele simptome: oboseală, atonie, extenuare, apatie, diminuarea puterii de concentrare și de efort, senzații de amețală, tendință spre a leșina, țiuitul urechilor, dureri de cap, senzație de negru în fața ochilor, fața palidă, mâini și picioare reci, dureri de inimă (vascularizare insuficientă a inimii care determină lipsa de oxigen), palpații (creșterea tensiunii arteriale), înțepături ale inimii, crampe

ale diferitelor organe interne (vascularizare insuficientă), greață, lipsa poftei de mâncare, stomac deranjat, balonări, la femei adesea crampe abdominale, dispoziție fluctuantă, iritabilitate, stare depresivă, meteosensibilitate, nevoie crescută de somn, tulburări de somn (lipsa sângelui din creier, în special între orele 2 și 4 noaptea).

## **ABORDĂRI PSIHOSOMATICE**

### **FACTORI PSIHOLOGICI**

Creșterea trecătoare a tensiunii arteriale în lipsa activității fizice constituie expresia unei perioade de solicitare emoțională care are ca urmare activarea sistemului nervos simpatic. Emoțiile precum furia, supărarea sau atacurile de panică determină creșterea tensiunii arteriale care persistă pentru un anumit interval de timp și este percepută de către persoanele afectate ca fiind profund anxioasă, fapt care are ca efect o creștere suplimentară a tensiunii arteriale și, totodată, a stării de îngrijorare. De obicei, persoanele afectate, care în mod obișnuit prezintă un nivel normal al tensiunii arteriale, fie vor să-și măsoare în permanență tensiunea arterială, fie, pentru a evita starea de neliniștire, preferă să nu o măsoare deloc. În cadrul unei terapii, aceștia vor trebui ca, pe lângă abordarea problemelor de fond, să învețe și care este modul adecvat de utilizare a tensiometrului.

Conexiunile dintre contextul psihosocial și tensiunea arterială pot fi înțelese cu adevărat numai atunci când este luată în considerare influența a diferiți factori precum funcția renală, sistemul nervos vegetativ și sistemul format de hipotalamus–hipofiză–glande suprarenale — interacțiuni care, pe viitor, ar trebui cercetate mai mult. Tensiunea arterială crește ca urmare a modificării funcției renale. Dacă factorii psihosociali pot cu adevărat să determine o creștere a tensiunii arteriale, acest lucru se petrece probabil ca urmare a afectării activității renale. În cazul stresului acut, crește rezistența vaselor sangvine renale, circulația sangvină se reduce, sarea este eliminată doar în mică măsură — tensiunea arterială crește. Atunci când stresul, supărarea și frica se mențin pentru o perioadă suficient

de îndelungată, activitatea sporită a sistemului nervos simpatic (secretarea sporită a hormonilor de stres) și activitatea diminuată a sistemului nervos parasimpatic (lipsa liniștii și a perioadelor de recreere) determină creșterea pe termen lung a tensiunii arteriale. Această situație determină și secretarea sporită și constantă a hormonilor de stres (cortizol), a glucozei și insulinei. Împreună cu factorii de risc cunoscuți, dificultățile de natură psihosocială cum ar fi gradul crescut de stres ocupațional, emigrarea, catastrofele și războiul pot determina creșterea temporară sau permanentă a tensiunii arteriale. Dezechilibrul creat între cerințele profesionale numeroase și salarizarea modestă este un factor care contribuie cu precădere la creșterea tensiunii arteriale.

Interessant este și faptul că în situații de furie tensiunea arterială crește mai

repede decât în situații de teroare și frică. Această descoperire este rezultatul măsurării tensiunii arteriale pe parcursul unei perioade de 24 de ore. Mai degrabă, persoanele care își reprimă furia sunt cele care, conform studiilor, dezvoltă încă de timpuriu, pe parcursul perioadei de maturitate, o hipertonie și prezintă, față de persoanele sănătoase, o rată sporită a mortalității. Din toate acestea rezultă faptul că cine nu învață să-și gestioneze emoțiile negative, precum supărarea și furia, își suprasolicitează inima și sistemul cardiovascular și este expus pericolului de a suferi un infarct sau un accident vascular.

Pe de o parte, factorii psihologici, precum stresul emoțional, pot declanșa sincopă cu cauze organice cum se întâmplă în cazul infarctului, al aritmiilor sau al morții subite cardiace. Pe de altă parte, anumite sincopă vasovagale sunt cauzate exclusiv de anumiți factori stresori de natură psihosocială. Astfel de „sincopă emoțională” sunt declanșate de factori psihologici precum stările de șoc (de ex., vestea morții subite a unei persoane apropiate), senzația de scârbă sau frică față de sânge (hemofobia), care se corelează cu lipsa strategiilor de ajustare (*coping*). Aceste sincopă pot apărea și ca urmare a unor stări de leșin întâlnite, de exemplu, în cazul persoanelor tinere aflate în cadrul unor manifestări de masă, precum sunt concertele rock. Starea de leșin psihogenă reprezintă, din punct de vedere

psihodinamic, un mecanism de a evita o situație fără ieșire, întrucât alegerea unor mecanisme precum lupta sau fuga nu este posibilă sau lipsește curajul (de a opta pentru una dintre alternative). În situațiile de stres psihic major, persoanele afectate se simt neajutorate și „sfârșite”. În schimb, așa-numitele crize disociative însoțite de stări de leșin au loc în lipsa unor modificări ale tensiunii arteriale sau ale frecvenței cardiace.

După cum afirmă psihanalistul Franz Alexander, cauza creșterii tensiunii arteriale o constituie refularea cronică a agresivității, respectiv a ostilității. Așteptarea inconștientă a pacientului cu tensiune arterială crescută de a fi permanent nevoit să se apere fizic împotriva unui atac ar determina creșterea tensiunii arteriale, care ar avea ca scop pregătirea corpului pentru reacția de apărare. Alexander apreciază faptul că hipertensiunea este una dintre tulburările psihosomatice tipice și consideră că presupusa ostilitate este refulată, deci că aceasta este una inconștientă. Alți specialiști consideră că persoanele afectate de această tulburare sunt perfect conștiente de ostilitatea lor, însă nu sunt în măsură să-și gestioneze în mod adecvat furia, astfel încât ajung să se mențină în starea de tensiune, ceea ce duce la

creșterea tensiunii arteriale. Deși de câteva decenii se întreprind cercetări în acest domeniu, până acum nu există dovezi clare cu privire la faptul că doar acești factori psihici și psihosociali pot declanșa o hipotonie. Stresul cronic și emoțiile negative par în orice caz să îngreuneze controlul tensiunii arteriale, în cazul în care hipertonia arterială este deja prezentă. De mai mulți ani, ipoteza referitoare la rolul agresivității și al stresului este considerată a fi unul dintre cele mai interesante concepte psihologice utilizate în explicarea tensiunii arteriale. În majoritatea cazurilor însă tratamentul nu permite renunțarea la medicamente.

Spre deosebire de hipertensiunea arterială, în cazul hipotensiunii nu au fost elaborate anumite concepte psihologice general acceptate. Hipotonia devine inconfortabilă de-abia în momentul în care, în combinație cu alți factori, nivelul tensiunii arteriale ajunge să scadă prea mult față de nivelul tolerat ani de-a rândul, fără probleme, la un

nivel scăzut. Conform opiniei a diverși specialiști, în cazul hipotoniei pot duce la epuizare și la scăderea tensiunii arteriale factori precum: activarea psihică insuficientă, starea generală de neputință cu privire la sarcinile cotidiene și neputința de a rezolva conflicte.

## **STRATEGII TERAPEUTICE**

Este indicat ca, în cazul tensiunii arteriale scăzute, să fie avută în vedere o activare fizică satisfăcătoare, nu numai în scopul creșterii nivelului tensiunii arteriale, ci și pentru a determina astfel depășirea comportamentelor de supraprotecție pe care persoanele afectate le manifestă. Multe femei care, din motive diverse, au suferit în trecut un colaps circulator, se tem ca pe viitor să nu dezvolte un alt atac sincopal și manifestă un comportament de restrângere a spațiului de mișcare, în sensul dezvoltării unei frici față de spațiile largi (agorafobie). În cazul sincopei vasovagale, există două aspecte de importanță deosebită: pe de o parte, mișcarea intensivă a picioarelor pentru a restabili rapid circulația sangvină și pe de altă parte, efectuarea unei analize a situației generale de viață și a posibilităților factori declanșatori, cu scopul de a face față mai eficient tensiunii generate de anticiparea anxioasă a următoarei sincope.

Concepția psihosomatică asupra tratamentului hipertensiunii arteriale este una eterogenă. Astfel, sunt combinate în mod eficient elemente precum: remediile pentru hipertensiunea arterială, recomandările pentru modificarea obiceiurilor nesănătoase de viață precum și anumite tehnici de consiliere psihologică și psihoterapie:

1. Psihoeducația. Este absolut necesară transmiterea unor informații științifice de actualitate referitoare la hipertensiunea arterială, la cauzele și consecințele acesteia, precum și la posibilitățile de tratament cu și fără medicamente. Numai circa jumătate dintre pacienții care suferă de hipertensiune arterială acordă importanță terapiei medicamentoase adecvate astfel încât, printr-o informare adecvată, s-ar putea obține o creștere a complianței la tratament.



2. Modificarea obiceiurilor alimentare. Recomandabilă este îndeosebi restrângerea consumului de sare, nicotină, cafea și alcool.

3. Reducerea excesului de greutate. O scădere a hipertensiunii arteriale se poate obține în primul rând prin reducerea excesului de greutate, și nu atât datorită reducerii consumului de sare.

4. Terapia prin mișcare. Este dovedit științific faptul că activitatea sportivă are ca efect reducerea tensiunii arteriale crescute.

5. Training de relaxare. Trainingul autogen, relaxarea musculară progresivă, exercițiile de respirație, metoda biofeedbackului și yoga contribuie la o stare de fond mai relaxată, întrucât acestea reduc activitatea sporită a sistemului nervos simpatic. Starea inițială de euforie în legătură cu utilizarea acestor metode s-a diminuat însă: conform unor numeroase studii, cu ajutorul tehnicilor de relaxare se pot determina doar scăderi minore ale tensiunii arteriale (în jur de 10 mm Hg sau mai puțin).

6. Training de gestionare a stresului. O gestionare mai eficientă a stresului și a factorilor stresori de natură psihosocială conferă un sentiment de control asupra situațiilor de viață. În plus, schimbarea tiparelor de gândire diminuează presiunea interioară constantă generată de dorința de a avea mereu control asupra tuturor lucrurilor.

7. Managementul furiei. Este important ca, în locul reprimării furiei și a manifestării necontrolate a acesteia, să fie deprinsă o atitudine de recunoaștere și de exprimare a acestor emoții care să fie adecvată și adaptată fiecărei situații.

## CÂND SIMȚI CĂ ȚI SE TAIE RESPIRAȚIA

*În respirație două haruri vezi:*

*Aer inspiri; apoi de el te eliberezi;*

*ceva te apasă și altceva te primenește;*

*cu a sa minunată îngemănare viața te uimește.*

JOHANN WOLFGANG VON GOETHE

## **HIPERVENTILAȚIA — DIFICULTĂȚI DE RESPIRAȚIE CAUZATE DE PREA MULTĂ RESPIRAȚIE**

*Cu prilejul unei vizite la discotecă, doamna Kern, 21 de ani, suferă o criză de hiperventilație atât de puternică încât mulți dintre cei prezenți cred, într-o primă fază, că ar fi vorba despre o criză epileptică. Din cauza fricii de sufocare, tânăra femeie inspiră și expiră atât de rapid încât simptomele continuă să se agraveze — apar crampe la nivelul mâinilor și al picioarelor, iar la nivelul capului, o senzație de amețeală totală. Aceasta se calmează rapid în ambulanța sosită de urgență, întrucât personalul medical îi inspiră încredere. Rezultatele analizelor efectuate în spital sunt complet normale. Cu toate acestea, de atunci încoace, doamna Kern se teme de declanșarea unei noi crize de hiperventilație, deoarece niciunul dintre medici nu îi poate explica suficient de convingător care au fost posibilele cauze care ar fi putut declanșa „atacul”. Ea nu poate împărtăși presupunerea „probabil că v-ați emoționat prea mult”, întrucât până ce criza a survenit ea se simțea foarte bine în cercul respectiv de prieteni. După alte trei luni, aceasta suferă o nouă criză de hiperventilație, în timp ce se află în casa părinților prietenului ei. Este neîncrezătoare cu privire la rezultatele ultimelor investigații și se supune unei noi investigații medicale în cadrul secției de neurologie a unui alt spital. Pentru a fi investigată „din cap până în picioare” ea trece sub tăcere ultima internare în spital. După reconfirmarea diagnosticului de „tetanie de hiperventilație”, psihiatrul consultat îi recomandă să urmeze o psihoterapie. Deja după câteva ședințe de terapie, îi devine clar faptul că motivul hiperventilației l-au constituit furia și supărarea: aflându-se la discotecă, a remarcat deodată că prietenul ei dansa cu o fostă colegă de școală, fiind foarte strâns îmbrățișați, iar, aflată în casa părinților prietenului ei, a crezut că urma să explodeze de furie pentru că, având loc o ceartă, prietenul ei a ținut partea mamei sale, și nu a ei. Doamna Kern recunoaște faptul că are dificultăți în a-și*

*recunoaște furia și a o admite — cât despre a o exprima nici nu poate fi vorba, întrucât îi este teamă că ar putea răni pe cineva.*

## **„A SCOATE FLĂCĂRI PE NĂRI DE FURIE”: RESPIRAȚIA ȘI PSIHICUL**

Respirația înseamnă viață! Începând cu povestea genezei din Biblie, respirația este denumită „suflare de viață”. În limbile vechi, pentru respirație este utilizat același cuvânt ca și pentru suflet sau spirit. Conform credințelor indiene, *prana*, energia vieții, este absorbită prin intermediul respirației.

Omul poate supraviețui fără mâncare timp de circa 40 de zile, fără apă aproximativ 5 zile, însă fără oxigen doar câteva minute. Atunci când creierul nu se mai oxigenează apar, deja după câteva secunde, senzația de amețală și dezorientare, după 10 secunde — o stare de leșin, iar după 4 minute — leziuni permanente ale creierului.

Respirația servește mai ales schimbului de gaze la nivelul plămânilor: oxigenul este inspirat, iar dioxidul de carbon este eliminat. Oxigenul reprezintă combustibilul organismului prin intermediul căruia au loc toate procesele metabolice. Oxigenul este cel care, la nivel celular, asigură arderea nutrienților care astfel pot fi utilizați ca resurse energetice ale organismului. În timp ce oxigenul este ars, se formează deșeuri metabolice precum dioxidul de carbon și apa.

Respirația se află în strânsă legătură cu vorbirea, întrucât vocea se formează prin intermediul aerului inspirat. Vorbirea este expirația articulată. Exprimarea unor sunete sub forma gemetelor, a suspinelor, a gâfâitului sau a oftatului reprezintă, de asemenea, forme sugestive ale respirației.

Respirația bazală ar trebui să nu cuprindă mai mult de 15 respirații pe minut (la bărbați 12 până la 14, la femei 14 până la 15 respirații). La efort se înregistrează până la 30 de respirații, iar în condițiile relaxării ghidate au loc 6 până la 10 respirații pe minut. Respirația mai rapidă accelerează bătăile inimii, întrucât cantitatea mai mare de oxigen

inspirată trebuie transportată, mai departe, către organe. Respirația domoală încetinește bătăile inimii. Inspirația are ca urmare încordarea, iar expirația — relaxarea. Cu cât respirația este mai superficială, cu atât este mai rapidă și, de regulă, este mai alert ritmul cardiac.

Un indiciu asupra faptului că respirația se modifică imediat sub influența emoțiilor îl constituie și existența a numeroase expresii — iată câteva dintre ele: în funcție de temperamentul pe care îl avem, abia mai putem respira, avem plămânii sănătoși sau putem rămâne fără respirație. Uneori ne ținem respirația de frică, ni se oprește respirația, respirația ne stă în loc sau rămânem fără suflare. Adesea, de emoție, nu mai avem aer sau ni se taie răsuflarea. Pufnim de furie, răbufnim sau ne

ventilăm furia sau, în cele din urmă, dovedim că avem suflu. Din când în când, ne sufocăm de grijă, însă ne luptăm până la ultima suflare. Când rămânem fără respirație, tragem din nou aer în piept sau trimitem un oftat către ceruri!

Respirația ocupă un rol important în cadrul sistemului nervos vegetativ. Acesta reglează respirația prin intermediul celor două ramuri ale sale: prin îngustarea traheei și contractarea musculaturii branhiale, sistemul nervos parasimpatic sporește starea de liniște și de relaxare a organismului. În situația intensificării activității fizice, prin dilatarea traheei și relaxarea musculaturii branhiale, care determină o mai mare extensibilitate a bronhiilor, sistemul nervos simpatic permite ca inspirația să fie mai profundă.

Respirația alertă are ca urmare creșterea pulsului, respirația lentă produce liniște interioară și relaxare. Respirația se află în strânsă legătură cu starea fizică, respectiv psihică. Este imposibil să fii liniștit și relaxat și să fii în același timp emoționat!

Dacă înainte de a inspira nu se expiră suficient — cum adesea se întâmplă în caz de stres, enervare, furie și frică —, dioxidul de carbon și noxele se acumulează în plămân sub forma unor reziduuri respiratorii care astfel ajung în sânge. Consecința este o intoxicare

temporară care se traduce în neliniște, oboseală și epuizare. O permanentă subalimentare a corpului cu oxigen are ca urmare pe termen lung apariția stării de tensiune, a durerilor de cap, a problemelor circulatorii, instalarea rapidă a senzației de oboseală, capacitatea redusă de concentrare.

Reacțiile de șoc și spaimă se exprimă în mod subiectiv prin reținerea respirației, constricția gâtului, senzația de „nod în gât”, starea generală de slăbiciune, amețală, starea de confuzie și frica de sufocare. Când spaima persistă, abia mai putem expira, aerul rămâne în organism, iar ulterior inspirăm din nou cu pieptul tensionat. Aceasta determină o senzație de tensiune în piept, cel mai frecvent pe partea stângă, care declanșează adesea frici legate de starea inimii. Practic, „a trage adânc aer în piept” în situații de spaimă are menirea de a-și acorda un răgaz pentru a se putea concentra pe deplin și a reacționa ulterior adecvat (ceea ce nu se întâmplă în cazul „sperioșilor”).

Adesea aerul este reținut pentru a reprima, astfel, emoții neplăcute și a putea face față mai bine unor stări de durere. Mulți oameni percep senzația de strâmtoare din exterior ca fiind una interioară, pe care o resimt în zona pieptului. Acest fapt se reflectă și în rădăcina cuvântului latinesc (*angustiae* = senzație de strâmtoare în

piept) care stă la baza formării cuvântului *Angst* (în germ.: teamă, frică, anxietate, îngrijorare). Când anumite locuri sau încăperi ne creează o senzație de strâmtoare, simțim că ne este îngrădită libertatea. Avem impresia că nu mai putem respira și avem tendința să fugim la aer liber unde presupunem că vom avea parte de mai mult aer — o tendință care se întâlnește adesea tocmai la persoanele care manifestă teamă față de locurile publice (agorafobie).

Toate emoțiile puternice, precum supărarea, furia, frica, panica, durerea, excitația sexuală sau tensiunea generată de stres, modifică respirația. Persoanele care au frici, care suferă ca urmare a stresului cronic și care sunt tensionate de obicei au o respirație plată, care are loc în partea superioară a toracelui, utilizându-și astfel doar o treime până la jumătate din capacitatea plămânilor. Atunci când există o mai

mare nevoie de oxigen, aceștia au tendința să intensifice respirația la nivelul toracelui, și nu a diafragmei. În cazul solicitării emoționale, se poate ajunge la hiperventilație (respirație prea rapidă și prea intensă, respectiv prea superficială), iar în cazul unei spaima bruște, la apnee tranzitorie urmată de respirație alertă.

Tulburări ale respirației se întâlnesc și la pacienții cu tulburări psihiatrice, îndeosebi în cazul tulburărilor depresive și anxioase. Persoanele depresive trăiesc adesea senzații de strâmtoare la nivelul toracelui (care ajung până la nivelul gâtului), dificultăți de respirație, senzație de apăsare în piept, nevoie acută de aer, respirație superficială sau neregulată, respirație grea sau senzație de iritare în gât cu nevoia de a tuși. Pacienții anxioși și cu atacuri de panică au adesea senzații de anxietate și de apăsare în zona pieptului. Ei pot prezenta, de asemenea, respirație accelerată mergând până la hiperventilație, care marchează adesea începutul unei tulburări de panică.

**Tabelul 5:** Tulburări ale respirației relevante din punct de vedere psihosomatic

## **TULBURĂRILE FUNCȚIONALE**

### **HIPERVENTILAȚIA**

Tulburările de respirație neorganice sunt denumite tulburări funcționale autonome somatoforme ale sistemului respirator și se referă la toate deficitale de reglare a respirației care apar în situația unui aparat respirator intact (perete toracic, plămâni, musculatura aparatului respirator). Cea mai importantă tulburare funcțională a aparatului respirator o constituie hiperventilația. Aceasta presupune accelerarea și intensificarea respirației ca urmare a unor cauze emoționale, într-o măsură care depășește nevoia fiziologică. În acest mod, aportul de oxigen din sânge crește, iar cel de dioxid de carbon descrește drastic. Prin urmare, are loc diminuarea calciului ionic din sânge, care este necesar pentru a asigura suplețea mușchilor, care mai departe determină hiperexcitabilitatea musculară. Aportul redus

de dioxid de carbon în sânge crește rezistența vasculară din creier, care are drept consecință reducerea fluxului de sânge la nivelul capului.

Există numeroase simptome caracteristice hiperventilației: senzația de presiune și strâmtoare la nivelul toracelui, nevoia acută de aer, sentimentul de a nu putea respira suficient, care se află în strânsă legătură cu presiunea resimțită referitor la a respira profund de câteva ori, bătăi ale inimii, palpitații, senzația de durere a inimii, senzația de amorțeală, furnicături sau tremor al mâinilor (îndeosebi la nivelul vârfului degetelor), al tălpilor și al picioarelor, furnicături în zona gurii, senzația de amorțire a buzelor, senzația de nod în gât (constricția gâtului), crampe musculare la nivelul mâinilor („poziție de gheară”), mâini și picioare reci, dureri în piept, dureri musculare, presiune la nivelul capului și la nivel epigastic, dureri de burtă (din pricina înghițirii de aer), greață, tulburări de vedere, senzația de plutire, frica de a leșina, frica de a muri prin sufocare. Dacă hiperventilația durează o perioadă mai lungă de timp, persoanele în cauză vor manifesta și simptome psihice precum amețeala, senzația de irealitate, tulburări de concentrare și ale stării de conștiință. Acestea sunt consecințele fluxului diminuat de sânge la nivelul creierului. Cu toate acestea, teama de leșin este cu totul neîntemeiată.

De regulă, hiperventilația nu se produce pornind de la nivelul respirației de bază. Aceasta este, de cele mai multe ori, consecința intensificării inspirației aerului pe gură, declanșată de o puternică agitație la nivel emoțional. În lipsa activității fizice simultane, oxigenul rămâne la nivelul bronhiilor, neefectuându-se transportarea acestuia până în alveolele pulmonare periferice, ceea ce induce un

sentiment de dificultate de a respira și o senzație de tensiune la nivelul toracelui, percepută ca fiind neplăcută. Din teama de a se sufoca, persoanele afectate respiră din ce în ce mai rapid pe gură, fără a efectua concomitent și mișcare, provocând în acest fel hiperventilația care este însoțită de simptome percepute ca fiind periculoase. Dimpotrivă, atunci când se desfășoară o activitate fizică, oxigenul inspirat în exces se transformă în dioxid de carbon, iar

raportul oxigen–dioxid de carbon din sânge se normalizează. Atunci când se execută mișcare sau se respiră normal, simptomele dispar rapid, astfel încât intervențiile medicale (injecția cu calciu, calmantele sau punga de hârtie la gură) nu sunt necesare.

Adesea, în cazul pacienților care suferă de hiperventilație cronică, se înregistrează o intensificare a activității respiratorii de numai 10%. În plus, de obicei sunt suficiente doar câteva inspirații profunde pentru a declanșa un dezechilibru între nivelul de oxigen și cel de dioxid de carbon.

Există un aspect adesea omis în practica clinică actuală: durerile de inimă și cele de stomac sau starea de epuizare constantă adesea pot fi corelate cu o permanentă hiperventilație ușoară.

## **TUSEA CRONICĂ PSIHOGENĂ**

Prin aceasta se înțelege o tuse convulsivă, fără modificări patologice ale tractului respirator. Simptomele constau în crize de tuse seacă durând de la câteva minute la câteva ore și care se pot menține timp de câțiva ani. Asemenea crize de tuse apar adesea după o bronșită virală, se datorează unei stări de tensiune emoțională sau unei situații conflictuale la nivelul psihicului, se agravează în situația în care persoana în cauză primește grijă și atenție și dispar cu totul pe parcursul somnului. În cazul acestor crize grave de tuse psihogenă nu este nicidecum vorba despre ticul de a-și drege vocea sau de a tuși ușor!

## **TULBURĂRILE ORGANICE**

### **ASTMUL BRONȘIC**

5 până la 9% dintre adulți și 10% dintre copii suferă de astm bronșic. În ultimii 20 de ani, valoarea acestor cifre a crescut în mod dramatic — aceasta fiind o consecință a mediului de viață industrializat. Poluarea mediului pare să contribuie atât la creșterea prevalenței



astmului, cât și la cea a bronșitei și a afecțiunilor căilor respiratorii superioare. În copilărie se îmbolnăvesc de trei ori mai mulți băieți decât fete, în timp ce la maturitate se îmbolnăvesc mai mult femeile. Copiii care au frecventat creșa încă din primul an de viață manifestă, mai târziu, mult mai rar reacții alergice — pentru că este posibil ca astfel să fi ajuns la o mai bună imunizare față de factorii alergeni care provoacă astmul.

Caracteristica principală a astmului bronșic o constituie brusca dificultate de a respira, cu o senzație de strâmtoare în piept, cel mai adesea însoțită de o tuse iritativă. Cuvântul „astm” provine din grecește și descrie întocmai această situație, întrucât, în traducere, acesta înseamnă „respirație anevoioasă”. Respirația este îngreunată, în sensul apariției unor dificultăți în faza de expirație. De asemenea, se manifestă și sunete caracteristice ce se aseamănă gâfâitului și fluieratului care adesea sunt însoțite de lipsa aerului și de senzația de sufocare. Persoanele afectate trăiesc sentimentul subiectiv că nu mai au aer, când de fapt ei nu pot expira în mod corespunzător. Ei expiră mai puțin aer decât inspiră, confruntându-se astfel cu hiperinflația plămânilor. Schimbul de gaze diminuat poate determina leziuni pulmonare, întrucât multe alveole sunt distruse, iar cele care rezistă se măresc excesiv de mult.

Crizele de astm bronșic se instalează brusc, în decursul câtorva minute, și pot dura de la câteva minute până la câteva ore, existând posibilitatea ca acestea să se mențină și pe termen mai lung. De cele mai multe ori, musculatura bronhială se decontractează în mod spontan, după o perioadă de timp. Dacă acest lucru nu se întâmplă, viața este pusă în pericol, întrucât îngustarea căilor respiratorii care persistă pe termen lung poate afecta grav funcția cardiacă. Crizele se manifestă cu o frecvență care variază de la câteva ore la câțiva ani.

Cel mai adesea, crizele de astm apar în primul deceniu de viață, iar la jumătate dintre pacienți dispar de la sine după perioada pubertății; însă acestea se pot manifesta și până mult mai târziu. De regulă, persoanele afectate sunt în permanentă preocupate de propria respirație și trăiesc cu teama de a se sufoca. Un

număr redus de persoane care suferă de astm mor cu adevărat din cauza complicațiilor produse de această afecțiune. În cazul efortului fizic sau al antrenamentului sportiv sau în contact cu aerul rece, poate apărea o așa-numită „criză astmatică de efort” care are loc ca urmare a îngustării reflexe a bronhiilor și care poate determina comportamente de evitare a efortului care, pe termen lung, conduc la intensificarea simptomelor.

Distingem între astmul alergic și astmul nonalergic, de natură infecțioasă. Majoritatea pacienților prezintă o formă alergică, pe care au dezvoltat-o în primul deceniu de viață. Îndeosebi copiii suferă de astm alergic, în timp ce adulții dezvoltă mai degrabă o formă de astm infecțios.

Astmul alergic reprezintă o reacție la anumiți alergeni, care determină inflamarea mucoasei bronșice. Mucusul vâscos poate fi doar cu greu expectorat și obturează căile respiratorii, fapt care determină dificultăți respiratorii. În acest caz, sub influența unor factori declanșatori (alergeni), crizele de astm sunt determinate de sensibilitatea crescută a bronhiilor, care are un substrat ereditar. Sunt considerate ca fiind alergeni substanțele chimice cum sunt medicamentele, produsele pentru coafat, insecticidele sau formalhidele, precum și numeroși factori naturali iritanți precum: polenul provenit de la pomi, flori sau ierburi; părul provenit de la animalele de casă și de curte; praful din casă (excremente ale acarienilor); spori precum mucegaiul sau drojdia; anumite alimente; aerul rece.

Astmul alergic aparține grupei de atopii sau de afecțiuni atopice căreia îi aparțin și febra fânului (rinita alergică), urticaria și eczema atopică (neurodermita difuză). O atopie este o predispoziție moștenită spre hipersensibilitate însoțită de o reacție exagerată. Persoanele care suferă de atopii și-au format anumiți anticorpi față de anumiți alergeni care se găsesc în cantități considerabile în țesutul pielii și în mucoase. În urma expunerilor repetate la factorii alergeni se ajunge întotdeauna sau aproape întotdeauna la formarea acestui tip de anticorpi — cel mai probabil datorită secreției de histamină — și, prin

urmare, la reacții alergice pe piele, țesuturi conjunctive, mucoase sau bronhii.

Sensibilitatea alergică poate fi fluctuantă pe parcursul vieții și este încă neclar care sunt condițiile care o influențează. Până în prezent, din punct de vedere strict medical, nu pot fi explicate următoarele:

- de ce în cazul unora dintre persoanele predispuse, astmul alergic nu apare niciodată, iar în cazul altora, simptomele astmatice se declanșează de-abia

după câteva decenii,

- de ce în cazul a numeroase persoane care suferă de astm alergic se declanșează crize, chiar și în lipsa alergenilor;

- de ce în cazul anumitor persoane care nu prezintă alergii (și nici astm bronșic infecțios) se manifestă totuși crize astmatice;

- de ce numeroase persoane care prezintă alergii nu manifestă totuși reacții astmatice în anumite situații;

- de ce în cazul anumitor persoane s-au declanșat crize în prezența unui anumit alergen timp de o lungă perioadă de timp, iar brusc, fără a beneficia de un anumit tratament, aceste crize au încetat;

- de ce anumiți pacienți manifestă crize astmatice chiar și numai la vederea unor fotografii ale anumitor animale.

Astmul nonalergic (infecțios) se declanșează ca urmare a infecțiilor căilor respiratorii superioare și inferioare și poate apărea și ca urmare a unui astm alergic care se află în curs de vindecare.

În trecut, era acceptată și o a treia formă de astm: astmul psihogen — astm care se dezvoltă datorită unor factori psihici. Această abordare a fost abandonată, ca urmare a descoperirii faptului că astmul nu poate fi exclusiv explicat prin intermediul unor factori psihici și psihosociali.

Pe scurt, există trei factori care pot determina îngustarea ramurilor traheale, ceea ce determină expulzarea cu dificultate a aerului inspirat:

1. Tensionarea (contractia spastică) mușchilor netezi ai bronhiilor și bronhiolelor,
2. Tumefierea mucoasei bronhiale care se datorează unui edem cauzat de cele mai multe ori de o inflamație,
3. Congestia respiratorie, prin depunerea de mucus la nivelul glandelor bronșice, determinată de secreția sporită de mucus.

Conform celor mai noi descoperiri, suprareacția bronșică nu reprezintă cauza astmului, ci o consecință a căilor respiratorii inflamate.

## **BRONȘITA CRONICĂ**

Dintre așa-numitele afecțiuni pulmonare obstructive cronice, care apar la 5 până la 15% din populația adultă, enumerăm aici numai bronșita cronică. În cazul acesteia, căile respiratorii centrale și periferice sunt inflamate sau congestionate cronic, cel mai adesea ca urmare a eredității, a stimulilor nocivi sau a unor afecțiuni

pulmonare din trecut, precum astmul, tuberculoza și fibroza pulmonară. Bronșita cronică nu poate fi total vindecată. Spre deosebire de astmul bronșic care se manifestă periodic cu crize, dar în cazul căruia există lungi intervale în care simptomele se remit, în cazul bronșitei cronice obstrucția respiratorie este permanentă sau revine, menținându-se pe parcursul unor lungi intervale de timp.

Simptomele caracteristice sunt tusea, producția sporită de mucus, precum și dificultățile respiratorii persistente care se agravează atât în contact cu poluanții specifici, cât și ca urmare a desfășurării activității fizice. Pe parcursul evoluției ulterioare, drept consecință a lipsei de oxigen, apar oboseala și scăderea performanței. Tusea cronică și producția de mucus pot preceda debutul clinic cu câțiva

ani. Cauza cea mai frecventă a bolii o constituie fumatul, motiv pentru care renunțarea la fumat reprezintă o măsură absolut necesară care va trebui adoptată în mod obligatoriu în cadrul tratamentului.

## **ABORDĂRI PSIHOSOMATICE**

### **FACTORI PSIHOLGICI**

Afecțiunile respiratorii somatoforme apar cu precădere sub influența emoțiilor puternice. În caz de frică, supărare, mânie, furie reprimată, sentimente de vină, stres și durere, respirația este fie rapidă și profundă — pe alocuri însoțită de oftat —, fie variază între un nivel mediu, însoțit de agitație, mergând până la hiperventilație (respirație rapidă și superficială). Sindromul de hiperventilație se întâlnește adesea în cazul persoanelor labile emoțional, însă și în situația persoanelor sănătoase, dar care se află în situații de surescitare emoțională.

În decursul timpului, în cazul astmului au fost discutate următoarele cauze psihice și psihosociale și următorii factori declanșatori:

1. Psihodinamica și relația părinți–copil. Conform lui Alexander, persoanele astmatice par a suferi ca urmare a unei scindări („conflict de ambivalență”) care apare între căutarea și, în același timp, evitarea anxioasă a apropiării. Concret, aceasta ar însemna că cineva își dorește să fie ocrotit și îngrijit de către o persoană semnificativă și nutrește în același timp față de aceasta ostilitate și agresivitate. Ca urmare a unei relații simbiotice nedizolvate cu mama — care se pare că reprezintă conflictul central al persoanelor astmatice — s-ar declanșa o criză de astm, ceea ce ar avea ca efect slăbirea legăturii, respectiv chiar separarea de mamă. O terapie a unui caz de astm ar putea avea succes numai atunci când emoțiile refulate și conflictele ar deveni conștiente, iar tendințele de somatizare ar fi înlăturate. Însă chiar Alexander precizează faptul că nu există un profil tipic de personalitate al astmaticului și că factorii psihici sunt relevanți numai în interacțiune cu stimulii alergeni. În prezent, presupusele modele de interacțiune referitoare la

comportamentele parentale supraprotective și supracontrolate sunt considerate ca fiind consecințe, și nu cauze ale bolii.

2. Factorii psihologici declanșatori. Dezbaterea de sorginte psihiatrică referitoare la cauzele psihogene ale astmului nu a adus un progres. De aceea, preocuparea în domeniul psihologiei nu a mai fost centrată pe elucidarea întrebării cu privire la apariția bolii, ci atenția s-a îndreptat asupra modului în care simptomele astmatice se mențin, mai precis asupra factorilor declanșatori psihologici, a condițiilor care mențin boala și a consecințelor psihosociale ale astmului. Deficitele sau tulburările de percepție, precum și cele din sfera exprimării emoțiilor favorizează apariția unei crize de astm. Afecțiunile precum frica, supărarea, furia sau iritarea pot

chiar să declanșeze o criză de astm — ca urmare a respirației accelerate. Emoțiile negative conduc la o îngreunare a respirației. Aceste observații cu privire la persoanele astmatice, din experiența de zi cu zi, au putut fi demonstrate și prin investigații experimentale.

3. Stresul, factorii psihosociali și alte condiții care mențin boala. Problemele familiale sau profesionale, tulburările psihice precum depresia, tulburările anxioase și atacurile de panică și managementul defectuos al bolii pot declanșa o criză de astm sau pot agrava evoluția bolii.

Un studiu efectuat asupra copiilor și al adolescenților arată faptul că următorii factori psihici și psihosociali pot agrava boala și pot crește rata de mortalitate:

- Managementul defectuos al bolii. Acceptarea insuficientă a bolii, lipsa disponibilității de cooperare cu medicii și neglijarea simptomelor fizice diminuează intensitatea procesului de vindecare.
- Lipsa sprijinului familial. Părinții nu respectă programările și recomandările; conflictele familiale precum problemele apărute între părinți și copii, divorțul sau separarea părinților, alcoolismul și violența pot avea ca efect faptul că atât boala, cât și copilul să nu fie tratate cu seriozitate.

- Particularități psihologice ale copilului bolnav de astm. Fricile, insecuritatea socială, pasivitatea, tendința de a refuza, depresia și lipsa speranței constituie factori prognostici nefavorabili.

Importanța factorilor psihosociali este evidențiată și de rata înaltă de manifestare a astmului în cazul copiilor proveniți din cadrul minorităților sociale ale căror condiții de viață sunt marcate de sărăcie, lipsa accesului la sistemul de sănătate sau influențe familiale negative. Studiile efectuate asupra adulților au arătat faptul că mortalitatea în cazul astmului se află în strânsă legătură cu bolile psihice, abuzul de droguri, izolarea socială sau negarea gravității bolii.

În diverse alte studii, persoanele cu astm au fost comparate cu persoane care nu suferă de afecțiuni respiratorii. Astfel s-a constatat faptul că, în situația presiunii psihice sau a solicitării emoționale, în cazul persoanelor astmatice bronhiile se îngustează foarte mult, iar rezistența respiratorie crește. Deși astmul nu are cauze psihice, un anumit comportament și anumite experiențe favorizează apariția acestuia. Contrar concepției încă adesea prezente în literatura de popularizare, trebuie să afirmăm răspicat faptul că astmul nu este o tulburare psihică cu simptomatologie fizică! Prin prisma înțelegerii bolii din perspectivă bio-psiho-socială, astmul

este o afecțiune fizică cronică ce constă în inflamarea și, ulterior, îngustarea căilor respiratorii; cu toate acestea, astmul poate fi declanșat, respectiv agravat de factori psihici (frică, supărare, stres) și menținut de factori psihosociali.

Din perspectiva unui model multicausal al bolii, astmul se declanșează ca urmare a unei reacții exagerate bronhice, condiționate de factorii ereditari și de factorii de mediu (infecțiile, poluarea, fumatul, respectiv fumatul pasiv). Pe acest fond, anumiți factori declanșatori determină manifestarea crizei astmatice; este vorba despre cinci categorii de factori: alergenii, aspectele corporale (de ex., infecții sau solicitări fizice), stimulii nespecfici (de ex., frigul sau praful), factorii psihici (supărarea, frica, tristețea, agitația,

nesiguranța, depresia, bucuria) și condițiile sociale, respectiv familiale.

În cazul infecțiilor căilor respiratorii superioare, stresul cronic poate avea ca efect slăbirea sistemului imunitar și, prin urmare, a capacității de apărare a organismului, fapt care, până în prezent, este prea puțin luat în considerare.

## **STRATEGII TERAPEUTICE**

În cazul hiperventilației, respectiv al accelerării respirației din motive emoționale este necesar, în primul rând, ca emoțiile să fie recunoscute și să fie învățată gestionarea acestora astfel încât să nu se ajungă la cronicizarea simptomelor. Ulterior, frica de o nouă criză de hiperventilație, adesea prezentă, poate fi rezolvată prin intermediul anumitor tehnici de respirație. Așa-numita respirație cu buzele strânse (expirație lungă cu buzele ușor închise) sau executarea unor mișcări rapide, atunci când respirația se precipită, constituie tehnici extrem de utile.

În cazul descreșterii frecvenței respiratorii la șase până la opt respirații pe minut și a unei expirații lente, musculatura se relaxează, și tensiunea arterială scade. Atunci când utilizarea acestor tehnici devine automată, injecția cu calciu și celebra pungă de hârtie, plasată în fața gurii pentru a inspira din nou aerul expirat, devin inutile.

Învățarea unei respirații regulate diafragmatice („respirație abdominală”) este de mare importanță, întrucât persoanele afectate au, de regulă — și în special în situații cu încărcătură emoțională —, o respirație toracică. Exercițiile de respirație sunt o componentă importantă a tehnicilor de respirație, în special în cadrul yoga sau al antrenamentului de biofeedback. Dincolo de acestea, persoanele afectate ar trebui să învețe să gestioneze acele conflicte emoționale care au condus la accelerarea expirației. În plus, poate fi recomandată urmarea unei terapii de cuplu sau de familie sau a unei consilieri în domeniul profesional.



Cazul astmului demonstrează cu precădere rolul deosebit pe care îl pot exercita psihologii clinicieni și psihoterapeuții — chiar dacă este clar că vorbim despre o boală care are în principal cauze organice. Intervenția acestora se referă îndeosebi la următoarele obiective și competențe:

1. Optimizarea complianței. Urmarea consecventă a tratamentului medical prin păstrarea motivației bolnavului la un nivel înalt garantează eficiența tratamentului și previne complicațiile grave.

2. Educația pacienților. Circa 90% dintre spitalizările pe caz de astm, precum și majoritatea crizelor letale de astm ar fi putut fi evitate în condițiile utilizării corecte a medicamentelor și a altor mijloace ajutătoare. Devine din ce în ce mai clar faptul că, în cadrul unor asemenea programe de școlarizare, nu este suficientă simpla transmitere de informații, ci în paralel cu acestea va trebui desfășurat și un training comportamental corespunzător:

- Cunoștințe aprofundate cu privire la boală și tratament (cunoștințe cu privire la cauzele și evoluția astmului, cunoștințe despre medicamente și cu privire la diversele mijloace ajutătoare),
- Percepția optimizată a stimulilor alergici și a stării fizice,
- Educație cu privire la manevrarea și utilizarea regulată a peak-flow-metrului (aparat care măsoară debitul expirator de vârf) în vederea autodiagnosticării funcției pulmonare curente,
- Managementul solicitărilor cotidiene complexe (abilități pentru gestionarea optimizată a astmului, prevenirea accidentelor și prevenție secundară, mai precis evitarea unor consecințe problematice psihosociale),
- Informații cu privire la pericolele fumatului și la posibilitățile de renunțare la fumat, informații despre alergii și o mai bună gestionare a acestora, date cu privire la importanța solicitării fizice progresive (prevenirea comportamentelor de evitare) și despre stimulii declanșatori, de natură emoțională, ai astmului.

3. Tehnici de respirație și metode de relaxare. Utilă este învățarea unor tehnici de respirație precum respirația diafragmatică (respirația abdominală) și îndeosebi respirația cu buzele strânse (a expira foarte încet cu buzele ușor închise); în cazul anumitor persoane astmatice, acestea pot preveni apariția unei crize. Prin intermediul tehnicilor de relaxare pot fi depășite eficient și emoții neplăcute, precum stresul, furia sau frica. Acestea sunt recomandabile, mai ales atunci când există o tendință spre hiperventilare care adesea favorizează apariția unei crize de astm. Cu

toate acestea, atât în situația astmului acut, cât și în cea a celui cronic, anumite tehnici de respirație trebuie utilizate cu precauție. În paralel, este necesară și desfășurarea unei forme de antrenament fizic.

4. Alte servicii psihoterapeutice. Psihoterapia nu este parte a protocolului de tratament alături de celelalte măsuri de tratament medicale, însă, în cazul anumitor persoane astmatice, aceasta poate spori succesul tratamentului. Aceste persoane devin adesea neajutorate, depresive sau intră în panică — în aceste privințe vor trebui dezvoltate noi perspective și strategii pentru a preveni agravarea suplimentară a bolii. În situația în care este prezentă și o tulburare anxioasă sau de panică, așa cum adesea se întâmplă, calitatea vieții poate fi îmbunătățită considerabil în situația în care este oferit un program de training pentru depășirea anxietății. În acest mod, poate fi prevenită situația în care dificultățile respiratorii și hiperventilația se potentează reciproc. Două treimi dintre copii și adolescenți reacționează la o criză de astm cu panică fără însă ca, din acest motiv, să se poată vorbi despre o tulburare de panică. În cazul persoanelor astmatice depresive, este recomandată urmarea unui tratament psihoterapeutic pentru depresie, iar în cazul persoanelor care au o suferință cronică provocată de stres este recomandabilă urmarea unor programe de training pentru depășirea anxietății sau pentru rezolvarea problemelor. În cazul copiilor, este necesară oferirea unor servicii de suport pentru părinți, care adesea sunt șovăielnici, precum și informarea familiei asupra unor măsuri care vor trebui luate în situația unor probleme speciale. Există o tendință din ce în ce mai pronunțată de a organiza programe speciale

de training care se adresează părinților. În cadrul unei asemenea „terapii de familie” nu se insinuează nicidecum faptul că astmul este cauzat de probleme familiale. Ceea ce se urmărește este crearea unor condiții pe cât posibil favorabile pentru copilul care suferă de astm.

5. Gestionarea și modificarea factorilor agravanți ai bolii. În anumite cazuri în care există o expunere la alergenii datorată mediului profesional, va fi necesară adoptarea unor măsuri de dezvoltare și de reconversie profesională, astfel încât se impune acordarea unei consilieri de specialitate.

În cazul bronșitei cronice, nu există stimuli psihici și psihosociali. Astfel, în cadrul unei terapii de orientare psihosomatică, se va avea în principal în vedere gestionarea bolii și a consecințelor acesteia în plan psihic. Psihologii și psihoterapeuții își pot aduce contribuția în următoarele aspecte: renunțarea la fumat, tehnici de respirație și relaxare, tehnici de activare corporală, modificarea stilului de

viață și a diferitelor tipare de gândire, recunoașterea și gestionarea emoțiilor care conduc la agravarea problemelor, precum furia și supărarea, tratamentul tulburărilor psihice reactive precum anxietatea și depresia.

## **CÂND STOMACUL DEVINE REBEL**

*Ulcerul nu apare ca urmare a mâncării pe care o consumăm, ci apare ca urmare a ceea ce ne consumă din interior.*

MARY MORTLEY MONTAGU

## **STOMACUL IRITAT — BURTA ÎN ALERTĂ**

*Domnul Schuster, un tâmplar de 45 de ani, suferă deja de câțiva ani de dureri recidivante în partea stângă a epigastrului (abdomenului superior). Acestea se instalează brusc, durează mai multe zile și sunt însoțite de greață, senzația de sațietate, arsuri la stomac și dureri.*

*Domnul Schuster a observat el însuși, în decursul anilor, faptul că, deși este precaut — încearcă să evite să mănânce la cantină —, durerile devin din ce în ce mai puternice, fără a-i fi cunoscută vreo cauză plauzibilă. În ultimele patru luni, nu numai că a fost de mai multe ori la medicul de familie, ci și la doi „specialiști de stomac”. Nu au fost însă identificate cauze organice. În lipsa altor alternative, urmează sfatul de a merge la un psiholog. Deja în decursul primei ședințe, devine clar faptul că situația de la locul de muncă este una care îl solicită: atmosferă de lucru neplăcută, fluctuație mare a personalului, modificări ale structurii manageriale, creșterea concurenței agresive (mobbing) între colegi, remunerare insuficientă a orelor suplimentare, presiune crescută la locul de muncă cu reducerea simultană a personalului din motive de cost. Domnul Schuster este obișnuit ca, în ciuda circumstanțelor nefavorabile, să găsească întotdeauna cea mai bună soluție — devine însă din ce în ce mai pregnant sentimentul lipsei sale de putere și al neajutorării. În plus, adesea se simte extrem de furios pe colegii mai tineri, care au reușit, spre deosebire de el însuși, să-și asigure o poziție favorabilă în raport cu noul și tânărul șef.*

## **„A AVEA NERVI LA STOMAC”: STOMACUL ȘI PSIHICUL**

Tractul gastrointestinal are funcția de a prelua alimentele și de a le prelucra pentru a furniza corpului energie: substanțele vitale sunt asimilate, în timp ce substanțele reziduale și nocive sunt eliminate. Traiectoria urmată de hrană ne este cunoscută tuttora: din cavitatea bucală, prin esofag, ajunge în stomac, de acolo prin intermediul duodenului în intestinul subțire, apoi în intestinul gros, urmând ca, în final, să se facă excreția prin anus. Distingem între o zonă superioară gastrointestinală (stomacul și esofagul) și o zonă inferioară gastrointestinală (intestin). Pentru a avea loc digestia alimentelor sunt necesare și substanțe provenite de la alte organe precum bila și pancreasul.

Sistemul digestiv are un sistem nervos propriu, așa-numitul sistem nervos enteric, denumit adesea și „cel de-al doilea creier”. Digestia

este stimulată prin intermediul sistemului nervos parasimpatic și inhibată prin intermediul sistemului nervos simpatic. În situația activității fizice și a stresului psihic, activitatea digestivă este ajustată astfel încât să poată fi optimizată capacitatea de efort a organismului. De exemplu, în timpul unei probe de alergare de rezistență, alimentele solide nu sunt digerate, motiv pentru care sportivii de performanță precum alergătorii de maraton sau cicliștii consumă doar hrană lichidă ușor digerabilă. În situația efortului sporit și prelungit sau a solicitării emoționale, sistemul nervos simpatic și cel parasimpatic sunt simultan active, fapt care determină apariția unor tulburări ale digestiei.

Stomacul este o extensie în formă de sac a canalului digestiv și are rolul să depoziteze hrana ingerată. Acesta descompune hrana cu ajutorul sucului gastric și conduce hrana parțial digerată în duoden și în prima secțiune a intestinului subțire. Musculatura stomacului devine activă pentru a amesteca hrana și a o transporta mai departe. Mucoasa stomacului, primul dintre cele patru straturi ale peretelui gastric, are în componență glande și celule care secretă mucus, pepsină, acid clorhidric și gastrină (hormon peptidic). Anumite enzime gastrice, mișcările peristaltice și secreția de acid gastric se modifică datorită unor influențe psihice cum sunt emoțiile puternice. Furia și ura inhibă activitatea gastrică și intestinală prin intermediul sistemului nervos simpatic, în timp ce sentimentul de spaimă și frica de examen determină, prin intermediul sistemului nervos parasimpatic, apariția diareei. Solicitățile psihosociale și conflictele din exteriorul sau interiorul unei persoane pot „da stomacul peste cap”, cu alte cuvinte, stomacul poate deveni organul

vulnerabil care va exprima problemele psihice.

Acest lucru se poate observa și în numeroase expresii: în funcție de emoție și situație — în stomac se acumulează furie, un sentiment de greață, agitație sau fluturi. Două dintre următoarele situații ne atrag atenția: faptul că „dragostea trece prin stomac” și situația în care trăim și acționăm „visceral”, adică instinctiv și profund. Putem să înghițim o situație, să ne consumăm în interiorul nostru sau să rumegăm o problemă. Câteodată ceva ne dă stomacul peste cap;

fapt care ulterior ne cade greu la stomac, fiindu-ne dificil să-l înghițim. Alteori ni se face greață, ni se întoarce stomacul pe dos sau ne vine acru în gură, ne trece pofta, suntem sătui de o situație. Acest fapt ne face să ne vină să vomităm! Din când în când, ne punem stomacul la cale, nu avem pe cineva la stomac, iar alteori ceva ne pică de-a îndoaselea.

Adesea, în cazul unor probleme psihice, apar probleme epigastrice funcționale (lipsa apetitului, greața, senzația de sațietate, durerile de stomac, voma, eructațiile, arsurile la stomac) și acuze funcționale ale abdomenului inferior (diaree, constipație, intestin iritabil). Tulburările funcționale și organice gastrointestinale se asociază cel mai adesea cu o disfuncție vagotonică (= a sistemului nervos parasimpatic), ele pot fi însă cauzate și de o activitate excesivă a sistemului nervos simpatic (precum și de factorii ereditari și de comportamentele de risc). În cazul stresului, al enervării și al efortului fizic, sistemul nervos simpatic inhibă activitatea gastrointestinală pentru a economisi energie și a transmite corpului pe termen scurt semnalul de luptă sau fugă. În situația acestei reacții de luptă sau fugă, mușchii scheletici, inima și creierul sunt irigate cu mai mult sânge decât în stare de relaxare, iar organele digestive sunt mai puțin alimentate cu sânge. Micile artere ale mucoasei stomacale se îngustează sub influența hormonilor de stres. În timp, din cauza circulației sangvine deficitare, mucoasa este afectată, astfel încât peretele gastric nu mai este protejat chiar și atunci când cantitatea de acid gastric este redusă.

Disconfortul gastric apare și în cazul anumitor tulburări psihice. În special în cazul depresiilor apar: greața, voma, senzația de sațietate, arsurile gastrice, sughițul, eructațiile, disconfortul gastrointestinal spastic, presiunea abdominală dureroasă care se întinde de-a lungul unei întregi suprafețe sau este difuză, lipsa apetitului cu pierdere în greutate, fiind posibil să apară și diferite pofte. Greața și senzația de neliniște în stomac se întâlnesc, cel mai adesea, în cazul tulburărilor

anxioase. La 87% dintre pacienții cu stomac iritabil este prezentă o tulburare psihică, cel mai adesea o tulburare anxioasă sau o depresie, aceste tulburări apărând numai la 25% dintre pacienții cu tulburări gastrice cu cauze organice.

**Tabelul 6:** Tulburări ale stomacului și esofagului relevante din punct de vedere psihosomatic

## **TULBURĂRILE FUNCȚIONALE**

### **STOMACUL IRITABIL (DISPEPSIA FUNCȚIONALĂ)**

Tulburările cu cauze neorganice ale stomacului și esofagului se numesc tulburări somatoforme ale tractului superior gastrointestinal atunci când îndeplinesc și alte câteva criterii specifice (cel puțin trei alte simptome somatoforme). Tulburările stomacului au o prevalență extinsă: circa 15% din populația adultă suferă de asemenea tulburări, pe parcursul ultimelor douăsprezece luni de la începerea sondajului. Aceasta reprezintă aproximativ o pătrime sau chiar o treime din populație. Dintre aceste persoane, circa o treime consultă un medic. Până la 5% dintre toate consultațiile care au loc într-un cabinet de medicină de familie se datorează unor tulburări funcționale ale stomacului. La mai mult de jumătate dintre persoanele afectate nu sunt identificate cauze organice ale acestor tulburări. În acest caz, este vorba despre un stomac iritabil cu cauze de natură psihologică. Dintre persoanele cu tulburări gastrointestinale funcționale, 30% suferă de stomac iritabil, iar 50% dintre aceștia de intestin iritabil. În cazul femeilor, stomacul iritabil sau intestinul iritabil are o prevalență de două până la trei ori mai mare decât în cazul bărbaților. Frecvența de apariție a acestor tulburări crește odată cu vârsta.

Printre specialiști este tot mai uzitată expresia „dispepsie funcțională” (al cărei echivalent în limba engleză este „non-ulcer-dyspepsia”) care este compusă din rădăcinile cuvintelor grecești *dys* = perturbarea unei stări și *pepsis* = digestie. Cele două denumiri mai cunoscute sunt „stomac iritabil” și „disconfort epigastric funcțional”. În trecut, era utilizată și expresia „nevroză gastrică”, considerată învechită.

Dispepsia funcțională se caracterizează prin dureri și disconfort care își au originea în partea centrală a epigastrului. Mai precis, dispepsia funcțională constă în disconfort sau dureri care nu au cauze organice, care se manifestă pe parcursul a cel puțin trei luni de zile, de obicei în

partea stângă sau de mijloc a epigastrului, precum sunt: durerile epigastrice cronice sau recidivante, senzația de presiune abdominală sau de stomac prea plin, regurgitarea nonacidă, senzația prematură de sațietate și lipsa apetitului, greața, senzația de vomă și arsurile la stomac. Simptomele pot apărea în timpul mesei sau la câteva ore după aceea, dar și după perioade mai lungi de foame.

Distingem patru forme de dispepsie funcțională care corespund afecțiunilor organice cărora li se aseamănă:

1. Dispepsia similară unui ulcer (care are manifestările unui ulcer),
2. Dispepsia similară unei tulburări de motilitate a stomacului,
3. Dispepsia similară refluxului de acid gastric (tulburarea de reflux),
4. Dispepsia nespecifică (o categorie reziduală).

În dispepsia similară unui ulcer sunt prezente cel puțin trei dintre următoarele simptome: durerea este localizată în epigastru (eventual pe o suprafață restrânsă), adesea cedează la ingestia de alimente (dar și în timp, la peste 25% dintre cazuri), se ameliorează adesea datorită anumitor medicamente, apare frecvent înainte de masă sau atunci când se instalează senzația de foame (durere diurnă), poate uneori să trezească din somn persoana afectată (durere nocturnă), perioadele de remisie alternează adesea cu cele de recădere (perioade de cel puțin două săptămâni lipsite de durere alternează cu perioade care durează între câteva săptămâni până la câteva luni, în care durerea este prezentă).

În dispepsia similară unei tulburări de motilitate este prezent un disconfort în epigastru, iar în acest caz durerea nu reprezintă simptomul principal. Disconfortul este cronic și sunt prezente cel puțin trei dintre următoarele simptome: senzația de sațietate precoce; senzația de stomac prea plin după masă; greața, îndeosebi dimineața; eructațiile recurente și/sau vărsăturile; gazele intestinale; refluxul gastroesofagian; senzația de balonare și tensiune la nivelul



epigastric, fără ca balonarea să fie vizibilă la nivelul abdomenului; disconfortul epigastric este accentuat prin ingerarea de alimente.

Dispepsia similară unei tulburări de reflux se găsește la limita dintre dispepsia funcțională și arsurile gastrice, respectiv regurgitarea acidă. Nu vorbim despre o dispepsie atunci când sunt prezente doar arsuri gastrice și reflux acid. Sunt specifice următoarele simptome: disconfortul sub stern, respectiv la nivel epigastric sau arsurile gastrice; arsurile epigastrice însoțite de durere; regurgitarea acidului gastric sau a hranei; mesele, băuturile fierbinți sau schimbarea poziției corpului agravează disconfortul.

În cazul pacienților cu dispepsie, simptomele prevalente se modifică adesea pe parcursul bolii, motiv pentru care clasificările cunoscute devin problematice. Conform unui studiu amplu, simptomele s-au modificat la unii suferinzi de trei ori în decursul unei perioade de doi ani, la 20% dintre pacienți — de două ori și la alți 22% — o singură dată. Cele mai frecvente modificări s-au înregistrat în rândul pacienților cu dispepsie similară unui ulcer. În cazul femeilor și al pacienților mai

tineri, simptomele s-au modificat mai frecvent decât în cazul bărbaților și al persoanelor mai vârstnice. Persoanele care suferă de dispepsie funcțională resimt impactul acesteia la fel de puternic precum pacienții care suferă de artrită sau insuficiență cardiacă, astfel încât persoanele din exterior vor trebui să evite catalogarea tulburării drept o simplă tulburare funcțională.

Majoritatea pacienților care suferă de stomac iritabil prezintă o combinație dintre stomac iritabil și intestin iritabil. Diferiți pacienți cu stomac iritabil suferă de simptome ale intestinului iritabil, precum diareea sau constipația, prezentând adesea și acuze precum cefalee, tulburări de somn sau dureri în alte regiuni ale corpului. Comparativ cu pacienții care suferă de dispepsie cu cauze organice, numeroși pacienți cu stomac iritabil prezintă și alte simptome vegetative care se încadrează în tabloul simptomatologic al tulburărilor funcționale autonome somatoforme: aceștia se prezintă mai des la medic, schimbă mai des specialiștii care le oferă îngrijire, consumă mai

multe medicamente, se află mai des în concediu medical, manifestă o tendință mai pronunțată de a-și autoevalua în mod ipohondru simptomele fizice nepericuloase și prezintă mai des tulburări psihice (îndeosebi tulburări anxioase). Pentru o lungă perioadă de timp, persoanele afectate nu pot și nu vor să creadă că sunt sănătoase din punct de vedere fizic. Important: pacienții cu stomac iritabil și intestin iritabil nu se află în pericol de a se îmbolnăvi de cancer de stomac sau de intestin.

Ca și în cazul intestinului iritabil, există diferite moduri în care se manifestă simptomele unui stomac iritabil. În timp ce un grup de pacienți prezintă o vindecare spontană, ca urmare a asigurărilor primite din partea medicului referitoare la faptul că simptomele nu sunt periculoase, o a doua grupă încetează să mai prezinte simptome pentru perioade mai îndelungate de-abia după câțiva ani și cu ajutorul medicamentelor, în timp ce în cazul unei a treia grupe destul de numeroase, boala are un parcurs cronic asociindu-se și cu intensificarea altor acuze, precum și cu afectarea capacității de funcționare socială și profesională.

## **ALTE TULBURĂRI FUNCȚIONALE ALE STOMACULUI**

### **Greața**

Greața frecventă nu se află neapărat în legătură cu un stomac supraacid sau nu apare ca reacție la consumarea hranei alterate, ci poate apărea și ca urmare a senzațiilor de scârbă sau a tensiunii de la nivelul musculaturii diafragmei.

### **Vărsături psihogene**

În cazul vomei psihogene apare, voluntar sau involuntar, expulzarea hranei consumate, fără a se afla în legătură cu vreo tulburare de alimentație, ci fiind declanșată sub influența solicitării psihice și a unor factori emoționali ca, de exemplu, anxietatea dinaintea unui

examen. Vomatul se află, cel mai adesea, în legătură cu mâncatul și, în mod obișnuit, acesta survine la începutul mesei și mult mai rar la sfârșit. În cazul anumitor oameni, simptomatologia se ameliorează rapid, în cazul altora, manifestările se pot extinde pe o perioadă de câțiva ani.

## **Crampele stomacale**

Crampele stomacale dureroase adesea sunt provocate de contracția spontană și constantă a musculaturii stomacului, iar atunci când acestea se mențin pentru o perioadă îndelungată pot fi diagnosticate drept tulburări algice persistente somatoforme.

## **Durerile de stomac**

Durerile de stomac difuze pot fi cauzate de un flux sangvin diminuat în peretele stomacului, ca urmare a unei supraactivări a sistemului nervos simpatic, care se datorează stresului constant și supraproducției de acid care irită peretele stomacului subalimentat cu sânge.

## **TULBURĂRI FUNCȚIONALE ALE ESOFAGULUI**

### **Senzația de globus („nodul în gât”)**

Senzația de globus (din latinescul *globus* = sferă, minge) reprezintă senzația cronică de corp străin în zona gâtului — mai precis între partea superioară a sternului și glanda tiroidă — care se menține sau re apare periodic, pe parcursul a cel puțin trei luni, și care este adesea cauzată de tensiunea musculară de la nivelul intrării în esofag. Acest disconfort apare de obicei între mese, deci la înghițitul în gol, fără ca acest lucru să afecteze înghițitul în sine. Persoanele afectate acuză următoarele simptome: nod în gât, prurit, senzație de arsură, senzație de uscăciune sau de mucus, nevoia necontrolată de a înghiți sau a tuși, durere în gât care iradiază până la urechi, iar în cazuri extreme,

constricția gâtului care este trăită anxios ca sentiment de sufocare. Tulburarea poate apărea de sine stătătoare sau se poate asocia cu alte afecțiuni gastrointestinale. Senzația de globus, spre deosebire de o tulburare de deglutiție, se ameliorează la consumul de alimente sau lichide și se agravează la înghițitul în gol. Numeroase persoane afectate încearcă să stimuleze producția de salivă prin faptul că fie înghit, fie sug bomboane sau mestecă gumă de mestecat pentru a evita astfel uscarea gurii și apariția senzației de globus, însă

obțin astfel tocmai contrariul: prin faptul că înghit în mod repetat, ei ajung să-și concentreze mai mult atenția asupra senzațiilor neplăcute de la nivelul gâtului.

O altă senzație de globus neorganică apare ca urmare a tensiunii de la nivelul mușchilor deglutiției și ai gâtului. Aceasta apare din cauza solicitării fizice extreme, dar și din cauza înclinării excesive a capului pe spate (de exemplu, la stomatolog), ca urmare a supraîntinderii musculaturii gâtului. Anumiți pacienți se tem de mersul la stomatolog tocmai din cauza acestei senzații de globus. Aceștia se tem că ar fi posibil să înghită ceva, ajungând astfel la sufocare.

## **Tulburarea funcțională de deglutiție (disfagia)**

Este vorba despre o tulburare de deglutiție care nu poate fi explicată prin cauze organice, este însoțită sau nu de durere și, spre deosebire de senzația de globus, apare în timpul consumului de alimente sau lichide, respectiv la scurt timp după actul înghițirii. Apare senzația că în esofag se află blocate alimente aflate în stare solidă sau lichidă sau că acestea au un parcurs anormal, aceasta menținându-se pentru o perioadă de minimum trei luni. Se pot distinge trei tulburări funcționale de motilitate esofagiene:

1. Acalazia funcțională. În acest caz, sfincterul esofagian inferior nu se închide.
2. Spasmul esofagian difuz. Apar contracții simultane, care nu sunt orientate spre stomac, ci au o mișcare de deplasare spre înainte.

3. Supratensiunea esofagiană. La nivelul esofagului au loc contracții extrem de puternice.

## **Aerofagia psihogenă**

Aerofagia reprezintă o formă aparte a tulburărilor funcționale de deglutiție și apare adesea în situația consumului precipitat de alimente. Aceasta este caracterizată de următoarele simptome, care vor trebui să se mențină pe o perioadă de minimum trei luni: aerofagie din motive de stres sau aerofagie în timpul mesei, balonare și eructații, înghițire frecventă „pe uscat” sau zgomotoasă, mișcarea gâtului spre înainte la înghițire. Eructațiile repetate apar pentru a diminua tensiunile și balonarea de la nivel abdominal, însă acestea nu produc decât o ameliorare trecătoare deoarece cantitatea de aer expulzată este mai mică decât cea înghițită anterior. În cazul în care există tendința spre hiperventilare, uneori poate apărea disconfort în zona epigastrică, determinat de aerofagie.

## **Regurgitarea (sindromul de ruminație)**

„Ruminația” se referă la regurgitarea repetată a alimentelor. Este vorba despre faptul că, pe parcursul unei perioade de minimum trei luni, se produce regurgitarea hranei proaspăt ingerate, remestecarea și reînghițirea acesteia. Nu apar însă greața sau vărsăturile. Atunci când cantitatea de acid gastric sporește, de regulă regurgitarea încetează.

## **Durerile în piept care își au originea în esofag**

Durerile sunt resimțite în spatele sternului, sunt influențate de cantitatea de efort depusă și sunt trăite similar unei angine pectorale. Acestea apar la jumătatea corpului, sunt însoțite sau nu de o tulburare de deglutiție și durează cel puțin trei luni. Cauza neorganică a acestora o reprezintă refluxul sportit de acid gastric, sensibilitatea crescută la refluxul normal de acid gastric sau o tulburare de

motilitate a esofagului. Cei afectați se tem adesea în mod eronat de o boală de inimă, motiv pentru care fac vizite la medic.

## **Arsurile la stomac funcționale**

Pentru cel puțin trei luni, se mențin arsuri persistente în spatele sternului, fără a fi prezent refluxul cu cauze organice sau vreo inflamație esofagiană. Disconfortul apare cel mai adesea în timpul zilei, în reprize, și se poate asocia cu eructații, ruminații sau disconfort stomacal, precum balonarea, senzația de sațietate precoce sau greața. Acestea sunt adesea provocate și agravate din cauza anumitor emoții, alimente, a poziției culcat sau a aplecării excesive spre înainte. 20% dintre germani suferă uneori de arsuri gastrice, dintre care 10% dezvoltă o inflamație esofagiană.

## **TULBURĂRILE ORGANICE**

### **GASTRITA**

Gastrita este o inflamare acută sau cronică a mucoasei gastrice, se numără printre cel mai des întâlnite afecțiuni ale stomacului. Circa 2% dintre pacienții tratați în ambulatoriu sunt diagnosticați ca având această afecțiune, care în cazul a 4,5% din populație este chiar motivul pentru care anual se prezintă la doctor. Aceasta nu se vindecă de la sine, cauzează leziuni ale țesutului stomacal și produce adesea ulcer gastric sau duodenal și, uneori, chiar carcinom gastric.

Gastrita se manifestă cu lipsă de apetit, senzații de presiune abdominală sau de stomac prea plin după masă, greață, eructații, vărsături și sensibilitate la consumul de alimente acide sau de grăsimi fierbinți. Cauzele pot fi multiple: solicitarea psihică, mâncarea alterată, substanțele stimulante (prea mult alcool, cofeină, nicotină), anumite medicamente, băuturile prea fierbinți sau prea reci, acizii și bazele sau bolile infecțioase acute. Cauza principală a gastritei cronice, care apare mai frecvent, o constituie infecția cu *helicobacter pylori* (gastrită de tip B).

# ULCERUL GASTRIC

Aproximativ 10% din populație dezvoltă pe parcursul vieții un ulcer gastric sau duodenal, iar în majoritatea cazurilor evoluția bolii este cronică și sunt înregistrate recăderi. Bărbații sunt mai frecvent afectați decât femeile. Ulcerul gastric și cel duodenal sunt denumite succint ulcer peptic (*ulcus pepticum*). Simptomele celor două forme de ulcer pot fi atât de asemănătoare, încât uneori este dificil să fie făcută distincția între ele doar în funcție de simptome.

Prin ulcer gastric (*ulcus ventriculi*), a cărui prevalență este de 0,2 până la 0,3% la nivelul întregii populații, se înțelege un ulcer benign al peretelui gastric care cel mai adesea se formează în partea inferioară a stomacului (îndeosebi în zona pilorului — mușchiul inelar prin care stomacul comunică cu duodenul) sau în partea superioară a duodenului.

La debutul bolii, ulcerul este circular, bine delimitat și afectează doar mucoasa gastrică. După o perioadă mai îndelungată, ulcerul pătrunde în straturile mai profunde ale peretelui gastric, iar, în final, poate chiar să-l străpungă. Simptomele constau în dureri de stomac pe parcursul câtorva ore, eructații, arsuri gastrice, reflux al conținutului acid al stomacului, senzații de presiune sau de stomac prea plin după mese, intoleranță la anumite băuturi și alimente, uneori și în apariția unor hemoragii în urma cărora apare melena. În cazul evoluției cronice,

complicațiile apar îndeosebi din cauza formării cicatricilor și ulcerațiilor în straturile profunde ale peretelui gastric, care conduc la sângerări, la pătrunderea acestora în cavitatea abdominală sau la străpungerea unor organe adiacente. În situația cea mai gravă, ulcerul poate avea o evoluție malignă.

Durerile de stomac apar imediat după masă și dispar adesea abia după un episod de vomă. Cu totul diferit se întâmplă lucrurile în cazul ulcerului duodenal; în acest caz, durerile de burtă apar îndeosebi pe stomacul gol și dispar după luarea mesei. În cazul a două treimi dintre persoanele afectate, durerile revin zilnic timp de mai multe

săptămâni. Simptomele dispar la circa 80% dintre cei afectați în mod spontan sau se vindecă într-un interval cuprins între câteva zile și câteva săptămâni, prin intermediul dietei și al medicamentelor, revenind însă periodic la majoritatea pacienților. Anumite ulcere pot trece chiar neobservate, detectându-se de-abia ulterior, la radiografie, formarea unor cicatrici.

## **ABORDĂRI PSIHO-SOMATICE**

### **FACTORI PSIHOLOGICI**

#### **Tulburările somatoforme ale tractului gastrointestinal superior**

Pentru stomacul iritabil se încearcă găsirea unor explicații pornind de la diferite modele somatice și psihologice. Sunt luate în discuție următoarele aspecte organice ale dispepsiei funcționale:

1. Tulburările de motilitate. Prin motilitatea tractului gastrointestinal se înțelege mișcarea proprie a tractului intestinal care are ca scop să amestece și să transporte mai departe bolul alimentar. Golirea întârziată a stomacului și motilitatea intestinală redusă sunt prezente la până la 50% dintre pacienți, însă numai acești factori nu sunt suficienți pentru a vorbi despre o dispepsie funcțională. În plus, aceștia nu explică nici fluctuațiile adesea semnificative ale simptomelor, dat fiind faptul că tulburările de motilitate ale tractului gastrointestinal de regulă sunt constante și de durată.

2. Sensibilitatea la acid. Contrar unor presupuneri din trecut, în acest caz nu este vorba despre o supraproducție de acid gastric. Chiar și în cazul pacienților care suferă de ulcer gastric, există o producție normală sau chiar redusă de acid gastric. Este posibil însă ca, în anumite cazuri și în interacțiune și cu alți factori, să apară o sensibilitate crescută chiar și în situația producției normale de acid gastric.



3. Sensibilitatea crescută la durere (suprasensibilitate a mucoasei gastrice). Pacienții care suferă de stomac iritabil prezintă o sensibilitate crescută, în sensul unui prag scăzut al durerii la nivelul stomacului și, de multe ori, la nivelul intestinului. În prezent, în cazul pacienților dispeptici, este favorizată ipoteza conform căreia aceștia ar avea o sensibilitate crescută la durere, fapt ce a putut fi constatat și în cadrul unor experimente de distensie gastrică cu ajutorul unui cateter cu balon (aceeași ipoteză este valabilă și în cazul pacienților cu intestin iritabil). Se presupune că disconfortul existent se intensifică și din cauza faptului că persoanele afectate se concentrează asupra stomacului mai mult decât alte persoane.

4. Inflamațiile (*helicobacter pylori*). Gastrita cauzată de bacteria *helicobacter pylori* nu constituie nicidecum cauza principală a disconfortului gastric persistent, întrucât acesta se menține adesea și după eliminarea bacteriei. Majoritatea oamenilor sunt purtători ai acesteia fără ca infecția digestivă să se declanșeze. Aceasta devine activă numai în cazul în care mucoasa gastrică este deteriorată ca urmare a

altor motive.

De asemenea, factorii serologici și imunologici, precum alimentele, substanțele stimulante și medicamentele, nu pot explica în întregime apariția dispepsiei. Insuficient cunoscută este și influența exercitată asupra dispepsiei funcționale de tulburările cu cauze organice ale sistemului nervos enteric (gastrointestinal). Toți specialiștii consideră că, în principiu, componentele somatice pot avea un rol, însă nu sunt suficiente doar acestea pentru a explica îndeajuns tabloul simptomatologic. Interacțiunea dintre intestine și psihic are la bază numeroasele legături dintre creier (gânduri și emoții) și sistemul nervos vegetativ, respectiv sistemul nervos enteric (în mod special).

Drept cauze psihice și psihosociale ale dispepsiei funcționale sunt amintiți cu precădere următorii factori:

1. Stresul și solicitările psihosociale. Evenimentele de viață stresante și care au rămas neelaborate, precum și stresul cronic constituie

adesea factorii declanșatori ai unei dispepsii. Pacienții care suferă de dispepsie nu trec neapărat prin experiențe de viață mai stresante, ci atribuie acestora mai multe semnificații negative decât persoanele sănătoase. Stresul poate modifica motilitatea și secreția de acid gastric. Este posibil și ca stresul cronic să favorizeze popularea stomacului cu *helicobacter pylori*.

2. Traumele din copilărie și abuzul sexual. În cazul anumitor pacienți este posibil ca experiențele traumatizante de natură sexuală sau de altă natură din copilărie să favorizeze dezvoltarea unei dispepsii. Experiențele de abuz în sine, pe care conform unui studiu le-a trăit fiecare al doilea pacient care suferă de intestin iritabil, nu sunt însă cele care produc în mod direct disconfortul gastrointestinal, ci acesta apare pe filiera modificării percepției corporale și a modului de raportare la starea de sănătate, a unei reacții amplificate la boală și a scăderii pragului durerii, care determină percepția amplificată a durerii.

3. Anxietatea și depresia. În cazul a numeroși pacienți cu dispepsie funcțională, frica de a suferi de afecțiuni gastrice a constituit problema principală. Numeroase persoane afectate nu sunt conștiente de frica lor față de tendințele de somatizare. Tulburarea de anxietate, urmată de depresie, constituie cele mai frecvente tulburări psihice asociate dispepsiei funcționale. Conexiunile dintre afecțiunile epigastrice somatoforme și tulburările psihiatrice trebuie înțelese în sensul unor influențe reciproce.

4. Teoriile subiective cu privire la boală. Factorii cognitivi au un aport substanțial în dezvoltarea și menținerea unei dispepsii funcționale. Persoanele afectate adesea au o înțelegere preponderent organică asupra bolii. Acestea își explică disconfortul fizic prin prisma unor cauze fizice încă neelucidate și se tem de o evoluție gravă a bolii, fapt care le potențează starea de tensiune interioară, întrucât acești indivizi se simt mai bolnavi decât sunt cu adevărat. Acest cerc vicios apare ca o consecință a faptului că persoanele afectate își îndreaptă în permanență atenția asupra propriilor senzații corporale care, în sine, nu sunt periculoase. Astfel, își amplifică frica ce provoacă, la rândul-i, apariția unor simptome fizice asociate stării de anxietate. În

acest fel, se întărește convingerea cu privire la faptul că pacientul suferă de o boală cu cauze organice.

5. Dificultatea de a percepe propriile emoții. Supărarea din familie sau de la serviciu, precum și dorințele reprimite sau neîmplinite conduc la tensiuni și conflicte resimțite în zona stomacului, care însă nu sunt recunoscute ca atare de către persoanele afectate. Diferiți pacienți au tendința să somatizeze emoțiile neplăcute. Aceștia nu pot conștientiza emoții, precum frica sau furia, și ajung să le refuleze.

6. Strategiile de ajustare (*coping*) ineficiente. Numeroase persoane afectate nu dispun de posibilități adecvate de a suporta simptomele și de a le integra în modul de funcționare al propriului lor corp.

În rezumat, în abordarea dispepsiei funcționale se pornește în prezent de la un cumul multifactorial: numai aspecte somatice, precum factorii genetici, inflamațiile locale, infecțiile (îndeosebi din cauza *helicobacter pylori*), alergiile, tulburările de motilitate, precum și tulburările referitoare la percepția și transmiterea durerii, nu pot încă explica suficient apariția tulburării; acești factori se află în strânsă interacțiune cu componentele psihice și psihosociale, mai precis cu starea emoțională (frica, supărarea, furia, depresia), cu modul de raportare la cauzele bolii și cu gradul de gestionare a acesteia, cu diferite particularități de comportament, cu istoricul psihiatric (îndeosebi tulburări de anxietate și depresii), cu situații critice de viață care continuă să fie nedepășite și cu gestionarea deficitară a stresului. Un stil de viață nesănătos, precum consumul excesiv de alcool, cafea sau țigări, alimentația bogată în grăsimi și lipsa mișcării, exercită influențe negative asupra sistemului imunitar și favorizează declanșarea simptomatologiei specifice stomacului iritabil.

Din perspectivă terapeutică se recomandă investigarea situației individuale a

fiecărui pacient, întrucât fiecare caz în parte poate prezenta diferite constelații de factori organici și psihici care se întrepătrund. Multe terapii eșuează tocmai pentru că acest aspect nu este suficient

analizat sau nu e deloc avut în vedere. Acest mod de abordare este recomandabil și în terapia pacienților care suferă de intestin iritabil.

Medicamentele utilizate în tratarea dispepsiei funcționale s-au dovedit mijloace insuficiente de tratament. Efectul placebo este de circa 20% până la 60%. Date fiind aceste cifre care ne dau de gândit, putem constata faptul că dispepsia funcțională provoacă neplăceri atât medicinei tradiționale, cât și psihoterapiei.

În cazul tulburărilor somatoforme ale esofagului, precum și în cel al dispepsiei funcționale, putem presupune faptul că stresul cronic sau emoțiile precum frica sau furia produc tensiune la nivelul esofagului. În cazul efectului de globus, stresul emoțional amplifică presiunea asupra sfincterului esofagian și determină tulburări de motilitate ale esofagului. Multe dintre persoanele afectate trăiesc o senzație de constricție a gâtului și dezvoltă, din lipsa cunoașterii proceselor biologice, o frică imensă de a nu se sufoca, astfel încât aceștia ajung la hiperventilație. De-a lungul timpului, cuprinși fiind de anxietate, ei ajung apoi să acorde o atenție sporită respectivei regiuni corporale, care poate determina o dereglare a proceselor coordonate de către sistemul nervos vegetativ.

## **Ulcerul peptic**

Ulcerul peptic (ulcerul gastric și duodenal) era considerat în trecut ca fiind o afecțiune psihosomatică tipică, având cauze specifice de natură intrapsihică și, conform lui Alexander, se numără printre cele șapte boli psihosomatice clasice. Această abordare s-a modificat întru totul, odată cu progresul înregistrat în medicină. În cazul ulcerului gastric, este vorba în principal despre o boală infecțioasă (*helicobacter pylori*) corelată cu deteriorarea mucoasei determinată de acidul gastric. Ulcerul gastric nu poate fi explicat exclusiv din cauza excesului de acid gastric, după cum se considera în trecut, întrucât în cazul persoanelor afectate cantitatea de acid conținută de sucul gastric este fie normală, fie — de multe ori — diminuată. Mai degrabă este vorba despre lipsa unor mecanisme de apărare

(existența unei mucoase gastrice mai puțin rezistente sau a unor tulburări de circulație sangvină).

Descoperirea bacteriei helicobacter a condus la o schimbare radicală de direcție: ulcerul gastric a început să fie considerat exclusiv o tulburare organică. A

fost abandonat nu numai modelul dezechilibrului dintre factorii de protecție ai mucoasei gastrice (mucus, rezistența mucoasei) și factorii de agresiune (îndeosebi acidul și traumatismele mucoasei), ci și modelul unei posibile influențe a factorilor psihici și psihosociali.

În continuare există însă următoarea problemă neelucidată: ce anume face ca purtătorul bacteriei helicobacter pylori să fie un pacient care dezvoltă ulcer gastric? Un mod de abordare dintr-o perspectivă exclusiv organică a ulcerului gastric nu poate oferi o explicație exhaustivă, motiv pentru care aspectele psihologice — avute în vedere în contextul unei înțelegeri a bolii dintr-o perspectivă bio-psiho-socială — continuă să reprezinte factori importanți care contribuie la declanșarea, menținerea și agravarea simptomatologiei:

- Este adevărat că 70 până la 80% dintre cazurile de ulcer gastric și 95 până la 97% dintre cazurile de ulcer duodenal sunt provocate de helicobacter pylori, însă cu toate acestea factorii psihosociali rămân importanți.
- Cel puțin o mică parte dintre pacienți continuă să prezinte dureri de stomac chiar și după eliminarea completă a bacteriei helicobacter pylori, ca urmare a tratamentului cu antibiotice; în anumite cazuri acest tratament determină chiar o agravare a simptomatologiei care nu poate fi ameliorată prin intermediul medicației.
- Numai 20% dintre persoanele infectate cu helicobacter dezvoltă un ulcer duodenal, în timp ce toți pacienții investigați care prezintă acest tip de ulcer erau purtători ai bacteriei helicobacter.
- Cea mai mare parte a populației (în funcție de studiu și regiune, între 30 până la 80%, iar în Germania, circa 35%) este infectată cu

helicobacter pylori, însă dintre aceștia doar 10 până la 30% se îmbolnăvesc în decursul vieții de ulcer. Aceasta constituie un indiciu cu privire la faptul că această bacterie nu poate reprezenta singura cauză a ulcerului peptic. Există posibilitatea ca anumite conexiuni psihoneuroimunologice, necunoscute până în prezent, să determine perturbarea echilibrului dintre helicobacter pylori și factorii-gazdă ai mucoasei gastrice.

- Frecvența infectării cu helicobacter pylori crește odată cu vârsta, nefiind prezentă însă și o creștere proporțională a frecvenței afecțiunilor gastrice.

Din perspectivă psihosomatică, există diverși factori psihici și psihosociali care în trecut erau considerați ca fiind circumstanțe determinante sau favorizante

ale bolii.

1. Factorii de personalitate. Psihanalistul Alexander suspecta faptul că, în cazul unui pacient cu ulcer, la baza afecțiunii s-ar afla un conflict central care se desfășoară între, pe de o parte, dorința de a rămâne într-o situație infantilă și, pe de altă parte, dorința de a-și dezvolta un Eu independent și matur. În cazul pacienților cu ulcer gastric, dorințele infantile de a fi hrăniți în plan emoțional, pe care Eul matur le respinge în mod conștient, dar care, cu toate acestea, sunt prezente în inconștient, determină apariția unor simptome fizice (supraproducție nocivă de acid gastric, crampe sau tulburări de circulație sangvină). Acest punct de vedere a fost întărit și de mai vechea deviză medicală: „Niciun ulcer, fără (foarte mult) acid”. Între timp și punctul de vedere psihanalitic s-a schimbat în această privință și afirmă faptul că bolnavii de ulcer pot avea trăsături de personalitate foarte diferite și că ei nu ajung în mod necesar să se distrugă fizic doar din cauza conflictului central descris mai sus. Diferitele modificări ale personalității nu reprezintă cauze, ci consecințe ale ulcerului. Cu toate acestea, de reținut este faptul că factori precum furia, agresivitatea sau ostilitatea exprimate în mod impulsiv pot „să cadă greu la stomac” și, atunci când există o anumită predispoziție, să influențeze în mod nefavorabil dezvoltarea unui ulcer.

2. Stresul. În timp ce în trecut importanța stresului a fost adesea supraevaluată, în prezent aceasta este în mod eronat cu totul subestimată ca urmare a faptului că predomină modelele de orientare strict organică de explicare a bolii. Cert este însă că stresul sever de natură psihosocială, precum problemele de cuplu sau dificultățile la locul de muncă, și experiențele traumatizante măresc șansele de a dezvolta un ulcer. Stresul și factorii psihosociali pot constitui — ca și în cazul afecțiunilor gastrointestinale funcționale și a bolilor inflamatorii cronice intestinale — factori stresori importanți.

3. Schimbări ale mediului social. Persoanele care au pierdut suportul comunității sociale și care ajung în situații de izolare socială (cum sunt persoanele care lucrează în străinătate, emigranții, expatriații, persoanele care lucrează în schimburi, persoanele divorțate) sunt în pericol de a dezvolta un ulcer peptic. Deși ipoteza de pierdere a sentimentului de siguranță este plauzibilă, ea nu a fost încă probată temeinic din punct de vedere științific.

4. Creșterea responsabilității. Avansarea în grad profesional, precum și suprasolicitarea, impusă din interior — de către propria persoană — sau din exterior

— de către ceilalți —, se pare că favorizează apariția ulcerului gastric, fapt care însă este insuficient dovedit științific.

## **ASPECTE TERAPEUTICE**

În cazul tulburărilor somatoforme gastrointestinale, de regulă nu este urmată o psihoterapie strict în baza acestui diagnostic, ci atunci când acesta este însoțit de o tulburare psihiatrică evidentă precum depresia sau anxietatea și de factori negativi care pe termen lung conduc la cronicizarea bolii și care determină scăderea calității vieții. La începutul terapiei, pacienții care inițial sunt axați exclusiv pe simptomele fizice vor trebui ca, prin intermediul redactării unui jurnal de consemnare a simptomelor, să conștientizeze conexiunile existente între afecțiunile lor gastrice, stările lor interioare și contextul de viață exterior. În același timp, este necesar ca persoanele afectate

să fie ajutate să conștientizeze faptul că își agravează boala dacă își îndreaptă în mod neîncetat și plin de îngrijorare atenția asupra zonei gastrointestinale. Este utilă concentrarea asupra stomacului numai atunci când concomitent sunt aplicate strategii mentale. Un exemplu: pacientul vizualizează că stomacul său este cald și relaxat, fiind umplut cu un lichid plăcut care îl încălzește. În plus, practicarea respirației diafragmatice („respirație abdominală”) conferă senzații plăcute datorită faptului că, prin mișcările ascendente și descendente ale diafragmei, se produce un „masaj abdominal intern”.

Pe lângă tehnicile de relaxare și de combatere a stresului, pacienții cu dispepsie au la dispoziție și diferite exerciții fizice speciale. Atât somatoterapia, consilierea în anumite situații de viață stresante, intervențiile psihosociale precum consilierea de cuplu și de familie, cât și îndrumarea respectiv coachingul pe probleme de serviciu constituie măsuri utile. O mai bună conștientizare a stării emoționale, înțelegerea legăturilor dintre simptome și diverși factori psihosociali, dar și exprimarea adecvată a emoțiilor precum frica, supărarea, furia sau neajutorarea constituie însă condiția de bază pentru ca demersul psihologic și psihoterapeutic să fie eficient. Bolnavii cu afecțiuni gastrointestinale ar trebui să-și reconsidere în mod critic obiceiurile alimentare și consumul de substanțe stimulente și, dacă este necesar, să le modifice: să facă trecerea la o alimentație sănătoasă și hrănitoare, la mese regulate care nu sunt luate sub influența stresului și a presiunii, la mai multe mese pe parcursul zilei în care să consume cantități mici de mâncare.

În cazul ulcerului gastric, se consideră malpraxis abordarea cazului strict prin intermediul unui tratament psihoterapeutic. Asistența psihologică și

psihoterapeutică se poate dovedi însă de ajutor în completarea tratamentului medical, pentru a susține astfel procesul de vindecare. Așadar, dacă este necesar, vor fi prelucrate anumite conflicte, emoții negative și situații stresante (de ex., anxietatea frecventă și agresivitatea inconștientă), astfel încât pacienții să învețe treptat să gestioneze în mod diferit aceste emoții și să găsească posibilități de rezolvare mai constructive și mai eficiente. Învățarea unor tehnici de



relaxare și eventual modificarea stilului de viață se pot dovedi benefice în cadrul procesului de vindecare.

## **CÂND INTESTINUL SE REVOLTĂ**

*Digestia proastă are mai puțin legătură cu hrana în sine, cât, mai degrabă, cu dispoziția pe care obișnuim să o avem atunci când mâncăm.*

PRENTICE MULFORD

## **INTESTINUL IRITABIL — DIGESTIA DERANJATĂ**

*Doamna Frank, 27 de ani, este vânzătoare într-un magazin de pantofi, necăsătorită și locuiește de ceva timp împreună cu prietenul ei. De ani de zile, ea acuză simptome severe de intestin iritabil. Adesea ea are diaree, din când în când constipație și suferă mai ales de balonare severă. Pentru că se teme de faptul că ar putea avea diaree, ea obișnuiește ca, înainte de a întreprinde orice, să cerceteze unde este cea mai apropiată toaletă. Ea știe care sunt toate toaletele din instituțiile publice, magazinele, hotelurile, restaurantele și cabinetele medicale aflate în drumul de acasă spre locul de muncă. Deplasările mai lungi — și concediul — devin aproape imposibile și, dacă totuși au loc, acestea decurg cu multă nervozitate și având nenumărate medicamente în bagaj. Fără a avea certitudinea că există o toaletă prin preajmă, doamna Frank se simte complet paralizată și, de asemenea, înspăimântată că ceilalți oameni i-ar putea remarca balonarea. De aceea este mereu atentă să urmeze o anumită dietă fără a avea însă prea mare succes. Simptomele de intestin iritabil apar atunci când doamnei Frank îi este frică de ceva anume sau atunci când în general se simte foarte „nervoasă”. În același timp, ea suferă și de o anxietate generalizată pe care o consideră o consecință a problemelor ei intestinale. Medicul ei de familie consideră însă că tocmai acestea constituie cauza problemelor ei de sănătate și îi recomandă să urmeze o psihoterapie.*

## **„A SE CĂCA PE EL DE FRICĂ”: INTESTINUL ȘI PSIHICUL**

Intestinul, care constituie partea cea mai lungă a tractului intestinal, are trei părți: intestinul subțire, lung de trei până la patru metri, a cărui primă parte este formată de duoden; intestinul gros și rectul. În intestin, cu ajutorul secrețiilor intestinale, pancreatice și a bilei, bolul alimentar este transformat în substanțe pe care corpul le poate asimila. Bolul alimentar, deja bine predigerat în stomac, este mai departe descompus și dizolvat în intestinul subțire. O parte a substanțelor rezultate pătrunde mai departe în sânge, în timp ce o altă parte este transportată mai departe. Așadar, hrana consumată este asimilată de corp prin intermediul peretelui intestinal al intestinului subțire. În cadrul intestinului gros continuă extragerea lichidelor din bolul alimentar (care conțin însă mult mai puțini nutrienți) și se adaugă secreția de mucus care asigură acestuia o mai bună capacitate de transport. Mușchii longitudinali amestecă apoi conținutul intestinului prin intermediul unor contracții ritmice, iar mușchii transversali contribuie la deplasarea bolului alimentar prin intermediul unor mișcări ondulatorii. Transportul bolului alimentar se numește „peristaltism”. În cele din urmă, materiile fecale se depozitează în rect, care are o mare capacitate de dilatare; atunci când cantitatea este corespunzătoare, creierul primește un semnal care avertizează asupra necesității de evacuare a intestinului.

Digestia se produce prin intermediul sistemului nervos parasimpatic și este inhibată prin intermediul sistemului nervos simpatic; aceasta se produce cel mai eficient în stare de repaus și este împiedicată de solicitările fizice extreme.

Expresiile care se referă la tractul digestiv inferior adesea sunt foarte drastice și vulgare: a se simți de căcat, a te scăpa în pantaloni de frică, a face pe tine de frică, a te căca pe ceva, a-ți pune curul la bătaie. Diverse alte expresii care fac trimitere la emoții sunt însă ceva mai acceptate în societate: ceva provoacă dureri de stomac, a fi necesar ca, într-o primă fază, să digeri ceva, a i se întoarce cuiva stomacul pe dos.

Afecțiunile intestinale apar și în situația anumitor tulburări psihice. În cazul depresiilor apar adesea balonarea, gazele intestinale, afecțiunile spastice ale tractului gastrointestinal, precum și modificări ale scaunului (constipații frecvente din cauza inerției colonului și/sau, în situații mai puțin frecvente, diaree). În cazul tulburărilor de anxietate, din cauza tensiunii interioare, se ajunge mai frecvent la diaree.

**Tabelul 7:** Tulburări intestinale relevante din punct de vedere psihosomatic

## **TULBURĂRILE FUNCȚIONALE**

### **SINDROMUL INTESTINULUI IRITABIL (COLONUL IRITABIL)**

Simptomele unui intestin iritabil — care este cea mai cunoscută tulburare funcțională autonomă somatoformă a tractului gastrointestinal inferior — au un grad înalt de prevalență în cadrul populației: conform unui studiu, 15% până la 22% din populație prezintă un sindrom de intestin iritabil. Simptomele se întâlnesc la 14 până la 24% dintre femei, fiind doar ușor mai frecvente decât la bărbați (5 până la 19%). Acuzele determină vizita la medic numai în 20 până la 30% dintre cazuri. Sindromul intestinului iritabil este cea mai des întâlnită tulburare gastrointestinală. În cabinetele medicilor de familie, 15% dintre pacienți prezintă simptomatologia specifică intestinului iritabil, iar în cabinetele medicilor specialiști 25 până la 50% acuză astfel de simptome. Printre pacienții care se prezintă la medic cu simptome de intestin iritabil femeile sunt majoritare, cu procente cuprinse între 60 și 80%, acestea crescând proporțional cu gravitatea simptomelor.

Tulburarea prezintă adesea o componentă ereditară și există tendința de cronicizare, aceasta însemnând că, la circa jumătate dintre persoanele afectate, tulburarea nu se vindecă. Mai mult de jumătate dintre pacienții cu intestin iritabil prezintă tulburări psihice cum sunt

depresiile sau tulburările de anxietate care adesea rămân nediagnosticate și, prin urmare, netratate. Problemele psihice există independent de simptomele intestinului iritabil și, de regulă, acestea nu constituie efectul, ci mai degrabă cauza tulburării.

Majoritatea oamenilor care prezintă simptomele unui intestin iritabil nu consideră disconfortul ca fiind patologic și nu consultă un medic. Un aspect esențial în diagnosticarea acestei grupe de persoane este reprezentat de alegerea de a consulta sau nu un medic. Nu disconfortul în sine este cel care determină dacă persoanele afectate aleg să consulte sau nu un medic, ci mai degrabă aspectele psihosociale și evaluarea pe care ei o fac cu privire la gradul de pericol al acestuia. Și tocmai acesta constituie specificul tulburărilor somatoforme! Spre deosebire de alte persoane, pacienții cu intestin iritabil merg de două până la de trei ori mai des la medic acuzând afecțiuni fizice care nu au deloc legătură cu problema lor de bază. Persoanele afectate au dezvoltat tendința de a somatiza și de a apela la îngrijiri medicale încă din copilărie.

Denumirea de „intestin iritabil” pornește de la prezumția că intestinul poate fi iritat de către propriul său conținut — fapt pentru care nu există însă niciun fel de

dovezi. Denumirea „colită spastică” are la bază la fel de puțin demonstrabila asumție referitoare la faptul că la nivelul intestinului gros se produc mișcări excesive. Expresia „colită ulceroasă” pleacă de la presupunerea eronată că la nivelul mucoasei rectale s-ar produce procese inflamatorii care ar cauza secreția excesivă de mucus și care ulterior s-ar regăsi în scaun.

În prezent, pentru tabloul simptomatic al intestinului iritabil, se utilizează denumirea de „colon iritabil”, situație care este depășită, întrucât tulburarea nu se limitează la nivelul colonului (intestinului gros). Denumirea uzitată la nivel internațional de „Irritable Bowel Syndrome” corespunde în limba română denumirii de „sindrom al intestinului iritabil” sau, simplu, „intestin iritabil”. Tulburarea este definită prin intermediul unor simptome, prezente timp de minimum trei luni, în mod continuu sau recidivant. Este vorba despre dureri sau

disconfort abdominal care dispar odată cu apariția scaunului și/sau se asociază cu modificarea frecvenței scaunelor și/sau cu modificarea consistenței scaunului. În plus, este necesar să fie prezente cel puțin două dintre următoarele simptome, în cel puțin o pătrime dintre situații sau zile: frecvență modificată a scaunului (mai mult de trei scaune pe zi sau mai puțin de trei scaune pe săptămână), consistență modificată a scaunului (scaun tare și plin de cocoloașe sau apos și moale), defecare perturbată (efort defecator, senzația imperioasă de a defeca sau senzația de defecare incompletă), scaun cu mucus, balonare sau senzații de tensiune abdominală.

Formulat într-un mod mai simplu, intestinul iritabil este caracterizat de trei simptome: dereglări spasmodice ale scaunului (constipație și/sau diaree care adesea alternează), dureri abdominale și balonare — care poate atinge un nivel la care abdomenul este vizibil balonat („abdomen umflat”). În cazul acestor tulburări ale funcției intestinului gros nu se află în prim-plan nici durerile și nici existența unor scaune neregulate. Durerile cu durate mai lungi de jumătate de an sunt cele care constituie un indiciu pentru încadrarea simptomelor specifice intestinului iritabil în cadrul unei tulburări algice persistente somatoforme.

Specific este faptul că disconfortul abdominal se agravează după masă și se ameliorează după defecare. Durerile abdominale se manifestă cel mai adesea în zona abdominală, sub ombilic, cu precădere în partea stângă a abdomenului inferior și sunt descrise drept crampe, arsuri sau senzații de străpungere sau tăiere. În cazul femeilor se înregistrează o agravare în timpul perioadei de menstruație sau la ovulație.

De-a lungul anilor, disconfortul poate lua diferite forme și poate avea diverse grade de dificultate. Numeroși pacienți cu intestin iritabil prezintă și simptome ale stomacului iritabil (de ex., senzație precoce de sațietate, greață, vărsături, eructații sau arsuri gastrice), situație care în practică face dificilă operarea unei distincții între afecțiunile gastrointestinale ale abdomenului superior sau inferior. În plus, adesea sunt prezente și alte simptome: probleme la urinare, afecțiuni ginecologice, migrene, frica de cancer, dispoziție depresivă, tulburări

de anxietate și senzații atipice cardiace. În perioadele în care disconfortul intestinal dispare temporar, adesea sunt dezvoltate alte tulburări psihosomatice, precum cefaleea, tulburările de somn sau afecțiunile cardiovasculare. La persoanele care se prezintă la medic din cauza unui intestin iritabil, în mod frecvent acestea se asociază cu tulburări psihice precum tulburările anxioase sau depresia.

Simptomele intestinului iritabil adesea afectează grav capacitatea de funcționare în domeniul social și profesional, de exemplu atunci când frica de diaree determină restrângerea razei de acțiune, când ia naștere o teamă de spații largi (agorafobie) și când nesiguranța cu privire la locul exact în care se găsește următoarea toaletă ajunge să influențeze întregul mod de gândire. Persoanele afectate cunosc exact care sunt toaletele publice din respectiva zonă în mod similar pacienților cu atacuri de panică, pentru care factorul de liniștire îl constituie proximitatea unui spital. Preocuparea ipohondră continuă în legătură cu disconfortul intestinal poate acapara persoanele afectate, iar viața poate trece pe lângă ei.

În cadrul tabloului simptomatic al intestinului iritabil pot fi distinse următoarele niveluri de comportament:

- Nivelul corporal: modificarea peristaltismului intestinal, percepția accentuată a durerii, efort defecator exagerat.
- Nivelul cognitiv-emoțional: atenția selectivă îndreptată asupra senzațiilor intestinale, alterare a dispoziției și a sentimentului valorii personale, frici și griji, anxietate anticipatorie, deteriorare a imaginii de sine.
- Nivelul motric: folosirea frecventă a toaletei, defecația preventivă, modificarea obiceiurilor de consum al lichidelor și al hranei, adoptarea unor măsuri speciale de igienă, fumatul înaintea defecației, cititul în timpul defecației, utilizarea în exces a laxativelor, utilizarea frecventă a medicamentelor.
- Nivelul social: activitatea sexuală diminuată, evitarea unor evenimente publice și reducerea contactelor sociale — în sensul

dezvoltării unor

comportamente de evitare, modificarea comportamentului la locul de muncă, evitarea defecării în timpul orelor de program la serviciu, modificarea comportamentului în timpul liber.

## **TULBURĂRI INTESTINALE FUNCȚIONALE MONOSIMPTOMATICE**

### **Diareea funcțională (diaree de natură emoțională, adică psihogenă)**

În cazul diagnosticului de diaree funcțională sunt prezente pe parcursul unei perioade de minimum trei luni cel puțin două dintre următoarele caracteristici: scaune inconsistente (moi, apoase) în mai mult de trei sferturi din timp; trei sau mai multe scaune pe zi în mai mult de jumătate din timp; greutate mai mare a scaunului în raport cu populația normală. Nevoia de a defeca reprezintă simptomul central aflat uneori în legătură cu incontinența fecală. Gradul de disconfort este cu atât mai crescut cu cât nu se află nicio toaletă în apropiere, fapt care îi determină pe cei în cauză să-și restrângă aria de acțiune, în încercarea de a evita situații penibile.

Diareea funcțională este provocată de creșterea progresivă a unor contracții puternice la nivelul anumitor regiuni ale intestinului gros (în colonul proximal) — fapt care determină accelerarea timpului necesar de tranzit al bolului alimentar prin intestinul subțire și gros —, dar și de contracțiile mai slabe de la nivelul altui segment al intestinului gros. Există și rezultate care arată că se înregistrează o creștere a contracțiilor în porțiunea distală a intestinului gros, care apar chiar și imediat după mese și care determină apariția diareei însoțite de dureri abdominale. Acești pacienți au, de asemenea, reacții suprasensibile la senzațiile de dilatare resimțite la nivel rectal și simt nevoia de a defeca inclusiv în urma consumului unei cantități reduse de hrană. Pacienții cu diaree adesea au doar senzația de diaree, pentru că în raport cu alți oameni ei resimt mai des nevoia de a

defeca și sunt nevoiți să meargă mai des la toaletă. Aceștia prezintă însă scaune mai reduse cantitativ.

Factorii psihologici declanșatori ai diareei sunt frica, suprasolicitarea, senzația de leșin sau furia; frica permanentă de a nu avea diaree determină o accentuare a stării de tensiune. Atunci când diareea este însoțită de scăderea bruscă în greutate, hemoragie la defecare și febră, este de luat în calcul existența unei alte tulburări și este necesară o investigație corespunzătoare.

## **Constipația funcțională**

15% dintre femei și 5% dintre bărbați suferă de constipație, iar prevalența crește odată cu vârsta. Arareori tulburarea are cauze organice. În majoritatea cazurilor,

putem vorbi despre o constipație funcțională atunci când pentru o perioadă de minimum trei luni sunt prezente cel puțin două dintre următoarele caracteristici: efort la defecare în cel puțin un sfert din timp, scaune pline de cocoloașe și/sau tari în cel puțin un sfert din timp, senzația de defecare incompletă cel puțin un sfert din timp, două sau mai puține scaune pe săptămână. Constipația apare probabil din cauza unor contracții puternice de segmentare care apar la nivelul porțiunii distale a intestinului gros, din cauza cărora tranzitul prin intestin al bolului alimentar este încetinit. De asemenea, la încetinirea tranzitului intestinal contribuie și frecvența redusă de apariție a contracțiilor peristaltice (mișcări ale întregului intestin gros). Există însă și posibilitatea ca persoanele afectate să experimenteze doar o senzație de constipație în sensul unei defecări incomplete.

Constipația funcțională poate să apară ca urmare a cel puțin trei situații:

1. Peristaltism intestinal lent cu prezența unor contracții peristaltice rare care determină un tranzit intestinal lent;
2. Contracții prea puternice la nivelul anumitor porțiuni ale intestinului gros care, datorită efectului lor de inhibare a mișcării de înaintare și



de blocare, determină reținerea materiilor fecale;

3. Amânarea golirii ca urmare a contracției funcționale de la nivelul anusului.

În practica clinică, se disting cel puțin patru tipuri de constipație cronică funcțională:

1. de tip „intestin gros” — cu mișcări peristaltice diminuate și tranzit intestinal lent,
2. de tip „rectal” — cu tranzit lent la nivelul rectal,
3. de tip „anal” — cu tranzit lent la nivel rectal și defecare perturbată ca urmare a contractării musculaturii la nivelul planșeului pelvin,
4. constipația care apare în cadrul sindromului intestinului iritabil.

Alimentația bogată în fibre determină o accelerare a tranzitului în cazul constipației de tip „intestin gros” sau „rectal”, o creștere cantitativă a scaunului și o ameliorare a simptomelor asociate. În cazul constipației cronice, există pericolul abuzului de laxative, în urma căruia apare agravarea constipației din cauza apariției scaunului uscat.

La o parte dintre pacienții care prezintă constipație funcțională nu putem vorbi în mod necesar despre un tranzit lent la nivelul intestinului gros, ci mai degrabă despre o tulburare de funcționare a planșeului pelvin, în sensul manifestării

unui sindrom al planșeului pelvin spastic. Aproximativ o treime dintre pacienții cu constipație funcțională nu se poate relaxa suficient în timpul defecației, manifestă tendința de a se forța prea puternic pentru a evacua excrementele și are nevoie de timp îndelungat pentru a defeca, astfel încât pare adecvată recomandarea unei terapii de relaxare adaptate tabloului simptomatic.

## **Balonarea funcțională**

Balonarea funcțională se referă la simptome care apar în mod recurent și nu în mod continuu, pe parcursul a minimum trei luni, și constau în senzația de stomac prea plin, balonare sau tensiune la nivel abdominal, fără a exista semne evidente ale vreunei intoleranțe alimentare și fără a îndeplini criteriile pentru tulburări precum stomacul iritabil, intestinul iritabil sau alte tulburări funcționale. Balonarea, care uneori poate fi dureroasă, nu este prezentă în mod continuu, ci este recurentă.

Tranzitul intestinal este întotdeauna lent. Adesea în stomac se găsește o cantitate mare de aer; există o tendință spre flatulență. Balonarea, care în mod subiectiv este percepută drept puternică, adesea nu are legătură cu prezența unei cantități anormale de gaz, ci cu faptul că persoanele afectate au o percepție accentuată asupra cantității de aer prezente în mod normal în intestin. Senzația de balonare poate să apară și din cauza activității motrice crescute a musculaturii intestinale. Poate exista însă și o sensibilitate crescută la balonare, care la femei adesea are la origine rușinea față de zgomotele intestinului care pot fi auzite sau o frică exagerată de a elimina gaze atunci când se află în situații sociale.

## **Dureri abdominale funcționale**

Disconfortul abdominal funcțional se referă la prezența pe parcursul a minimum șase luni a unor dureri persistente, care par a putea fi prea puțin puse în legătură cu fenomene fizice precum mâncatul, defecația sau menstruația, dar care conduc totuși la afectarea desfășurării normale a vieții. Durerile apar adesea concomitent cu evenimente majore de viață sau cu crize existențiale, cu experiențe de pierdere, violență sexuală sau fizică sau cu pierderea sprijinului social. Adesea sunt însoțite de stări anxioase sau dispoziție depresivă. Multe persoane afectate manifestă un comportament asemănător cu cel în caz de boală: aceștia caută în mod constant explicații organice și se complac în rolul de persoană foarte bolnavă.

# **TULBURĂRI FUNCȚIONALE ANORECTALE (TULBURĂRI LA NIVEL ANAL)**

## **Anismul**

Prin „anism” se înțelege o tulburare funcțională de evacuare a intestinului care

apare din cauza musculaturii extrem de încordate a planșeului pelvin. Fenomenul mai este denumit și „sindromul planșeului pelvin spastic”. Persoanele afectate au senzația că anusul este blocat la încercarea de evacuare a materiilor fecale. În loc de a relaxa sfincterul anal extern, acestea exercită o presiune crescută, îngreunând sau chiar blocând astfel evacuarea materiilor fecale. Ca urmare, materiile fecale se acumulează în intestinul gros și în rect, provocând dureri abdominale.

## **Incontinența fecală funcțională**

Prin incontinență fecală funcțională se înțelege pierderea accidentală a unor cantități mici de materii fecale în lipsa unor cauze organice. Simptomele se agravează odată cu înaintarea în vârstă întâlnindu-se cel mai adesea în casele sau azilurile de bătrâni. Femeile aflate la vârste înaintate sunt mult mai predispuse la a manifesta această tulburare comparativ cu bărbații. De asemenea, această tulburare apare relativ frecvent și în cazul tulburărilor funcționale gastrointestinale și al afecțiunilor intestinale infecțioase.

În multe situații, este prezentă o dilatare anormală la nivelul intestinului gros sau rectului sau există o dificultate în a estima corect măsura în care intestinul se dilată datorită prezenței materiilor fecale. Incontinența poate apărea și ca urmare a unei mai lungi perioade de constipație, iar în acest caz apare asemenea unui fenomen de inundare. Formele mai ușoare se manifestă doar prin murdărirea cu materii fecale a lenjeriei de corp, precum și prin eliminarea necontrolată de gaze. Imposibilitatea de a controla eliminarea de

materii fecale este percepută ca fiind extrem de penibilă, afectând în mod negativ calitatea vieții și având ca urmare restrângerea libertății de mișcare atunci când nu se află nicio toaletă în apropiere.

Antrenamentul de biofeedback anorectal, destinat să faciliteze reînvățarea controlului sfincterian, prin intermediul unui aparat special introdus în anus, reprezintă — împreună cu exercițiile pentru tonifierea planșeului pelvin — metode eficiente care pot fi utilizate în tratarea incontinenței fecale funcționale și organice.

## **Dureri anorectale funcționale (dureri rectale)**

Există două tipuri de dureri anorectale funcționale care durează, fiecare în parte, cel puțin trei luni. Este vorba fie despre dureri cronice sau recidivante — respectiv înțepături la nivelul anusului —, fie despre dureri spasmodice, paroxistice, înțepătoare și chinuitoare la nivelul anusului, care adesea sunt resimțite și în cursul nopții.

## **TULBURĂRILE ORGANICE**

### **ULCERUL DUODENAL**

Ulcerul duodenal este o boală infecțioasă a duodenului, a cărei prevalență este de 1,4% la nivelul întregii populații și care apare de două până la patru ori mai frecvent în cazul bărbaților decât al femeilor. Simptomele constau mai ales într-o senzație de foame dureroasă, care apare la nivelul ombilicului și care poate iradia până la nivelul spatelui. Din fericire, există o rată ridicată de vindecări spontane: numeroase ulcere se vindecă de obicei după patru până la șase săptămâni, iar recuperarea poate fi susținută prin evitarea consumului de substanțe agresive, precum alcoolul, nicotina sau anumite medicamente, precum și prin urmarea unei diete.

Pe lângă infecția cu *helicobacter pylori*, o altă cauză o poate constitui secreția excesivă de lichid gastric care, de regulă, nu este prezentă în cazul ulcerului gastric. Constatarea veche de aproape o sută de

ani „Niciun ulcer peptic, fără acid gastric” este valabilă numai în cazul ulcerului duodenal, întrucât în cazul pacienților care suferă de ulcer gastric secreția de acid este normală sau diminuată.

## **AFECTIUNI GASTRICE INFLAMATORII (COLITA ULCEROASĂ ȘI BOALA CROHN)**

Până în prezent, colita ulceroasă și boala Crohn sunt considerate afecțiuni gastrice inflamatorii cronice ale căror cauze sunt necunoscute și care sunt considerate incurabile, având o evoluție schimbătoare. Întrucât există asemănări ale acuzelor somatice, în circa 10 până la 15% dintre cazuri este dificil sau imposibil de realizat o distincție între cele două. Aceste boli apar aproape la fel de frecvent atât în rândul bărbaților, cât și al femeilor.

Ambele boli apar deja în perioada de tinerețe sau de maturitate timpurie în reprize recurente și se asociază cu dureri abdominale puternice, diaree severă și pierdere în greutate. Consecințele: diminuarea masivă a calității vieții și, de asemenea, frecvent apariția unor sentimente de nesiguranță.

### **Colita ulceroasă**

Din 100 000 de persoane, circa 40 până la 177 sunt afectate de colita ulceroasă. Aceasta constă în inflamarea mucoasei intestinului gros, care de obicei pornește din rect, se extinde în întregul intestin gros și care, în 5% dintre cazuri, se poate extinde și la nivelul ileonului, zona imediat adiacentă. Aceasta are o evoluție recidivantă, se manifestă sub forma unor ulcere care se prezintă la nivelul unor suprafețe extinse și sunt, de regulă, hemoragice; într-o etapă ulterioară a bolii, acestea

determină formarea unor polipi, mai precis a unor tumori benigne ale mucoasei intestinale. Spre deosebire de boala Crohn, în acest caz nu sunt afectate straturile musculare mai profunde ale peretelui intestinal.

Simptomele cele mai importante în stabilirea diagnosticului sunt diareea purulentă sau hemoragică, sângerările anale, durerea, febra și anemia însoțită de oboseală pronunțată și stare de extenuare. Acuzele somatice tipice la debutul bolii sunt crampele abdominale, diareea cu sânge sau mucus, lipsa apetitului alimentar, pierderea în greutate și febra. Atunci când este afectat doar rectul, nu se înregistrează modificări ale scaunului. Cu cât sunt mai afectate porțiunile superioare ale intestinului gros, cu atât mai apos devine scaunul și cu atât mai frecvent apare diareea care se asociază cu dureri abdominale.

## **Boala Crohn**

Din 100 000 de persoane, circa 10 până la 70 sunt afectate de boala Crohn. Spre deosebire de colita ulceroasă, în cazul acestei boli poate fi afectată orice porțiune a tractului gastrointestinal, începând de la cavitatea bucală până la anus, în majoritatea cazurilor însă fiind afectată porțiunea inferioară a intestinului subțire, ileonul și porțiunea de colon aflată pe partea dreaptă. Spre deosebire de colita ulceroasă, această boală, de regulă, nu afectează și rectul. În schimb, spre deosebire de colită, sunt afectate toate straturile peretelui intestinal. În special în regiunea anală se formează abcese și fistule care ajung să unească între ele porțiuni alăturate ale intestinului. Acest fapt poate determina deteriorarea sfincterului, având ca urmare incontinența fecală parțială sau totală. Îngroșarea peretelui intestinal, care apare ca urmare a inflamației, determină adesea formarea de aderențe la nivelul anșelor intestinale, măbind riscul de apariție a ocluziei intestinale.

Simptomele principale ale bolii Crohn sunt crampele abdominale și diareea, cu sau fără prezența sângelui în scaun, care se asociază adesea cu pierderea în greutate și febra. Tabloul clinic este diferențiat în funcție de regiunea tractului gastrointestinal care este afectată și de gradul de severitate a inflamației. Dacă boala afectează în principal intestinul subțire, apar dureri abdominale puternice, balonare și diaree (până la de 15 ori pe zi) care, adesea, se asociază cu greață și vărsături. Dacă boala afectează în principal colonul,

apare scaunul cu sânge sau mucozități care se asociază cu pierderi în greutate sau lipsa apetitului alimentar. În situația periculoasă a producerii unei rupturi intestinale, materiile fecale pătrund în cavitatea abdominală. Boala poate avea evoluții diferite de la caz la caz, este însă

întotdeauna cronică.

## **ABORDĂRI PSIHOSOMATICE**

### **FACTORI PSIHOLOGICI**

#### **Tulburări somatoforme ale regiunii intestinale**

Simptomatologia intestinului iritabil poate fi înțeleasă numai ca urmare a interacțiunilor dintre sistemul nervos central și sistemul nervos vegetativ. Sistemul nervos vegetativ este influențat de către factorii de stres prin intermediul mecanismelor sistemului nervos central, mai exact printr-o mișcare mai alertă a esofagului, prin golirea încetinită a stomacului și tranzitul mai lent al bolului alimentar în intestinul gros. Ar putea exista factori organici care să contribuie la apariția simptomelor intestinului iritabil, mai precis să favorizeze asemenea tulburări, deși până în prezent, aceștia nu sunt cunoscuți. Este de asemenea posibil ca, pe viitor, odată cu înregistrarea unor progrese în medicină, tulburări care în prezent sunt considerate funcționale să poată fi explicate dintr-o perspectivă organică sau biochimică.

În prezent, în cazul persoanelor cu intestin iritabil sunt de luat în considerare următoarele aspecte:

1. Sensibilitatea crescută la durere. Privind din această perspectivă, persoanele afectate prezintă o suprasensibilitate la nivel intestinal. Acestea pur și simplu percep durerea sau prezența aerului în intestin mai puternic decât alți oameni. Acest prag scăzut al sensibilității nu se manifestă la nivelul întregului organism, ci numai la nivelul regiunii

intestinale (adesea și la esofag și stomac), modificându-se adesea ca urmare a unor infecții sau inflamații care apar la nivelul acestor regiuni ale corpului. Aceste infecții și inflamații sunt cele care determină ca receptorii de durere, inactivi până în acel moment, să devină activi, intensificându-se astfel percepția durerii. Importante sunt însă și procesele supraordonate care au loc la nivelul măduvei spinării sau la nivelul prelucrării semnalului dureros la nivelul creierului. Este posibil ca o parte a efectului să fie determinată de atenția sporită îndreptată asupra senzațiilor de la nivelul intestinului.

2. Tulburările de peristaltism intestinal (tulburările de motilitate). Privind din această perspectivă, simptomele intestinului iritabil iau naștere din cauza tulburărilor de motilitate și de percepție de la nivelul intestinului, sub influența factorilor emoționali și nervoși, îndeosebi a stresului, presiunii timpului, fricii, furiei sau tristeții. Cu toate acestea, nu a putut fi demonstrată până în prezent modificarea motilității colonului în stare de repaus. Pe scurt: este adevărat că în cazul pacienților cu intestin iritabil pot apărea mai frecvent mișcări peristaltice mai puternice și mai

persistente decât în cazul altor persoane, acestea neexplicând însă natura disconfortului.

3. Alți factori. În trecut, cauza sindromului intestinului iritabil era considerată activitatea peristaltică perturbată. De o vreme însă, pe lângă pragul scăzut al durerii, sunt avute în vedere și alte variabile care pot influența dezvoltarea tulburării, precum sistemul nervos vegetativ, neurotransmițătorii și așa-numitele neuropeptide. Se pare că serotonina, care este neurotransmițătorul răspunzător de controlul funcției intestinale și de percepția durerii, exercită un rol hotărâtor în înțelegerea sindromului intestinului iritabil.

În cadrul tabloului simptomatologic al intestinului iritabil, de regulă sunt avuți în vedere următorii factori psihosociali care își exercită influența prin intermediul unor multiple conexiuni între sistemul nervos vegetativ, în mod special sistemul nervos enteric (legat de sistemul gastrointestinal), și creier (gânduri și emoții):



1. Trăsături de personalitate. Spre deosebire de afirmațiile din trecut, în cazul persoanelor afectate nu se evidențiază o structură tipică de personalitate. În situații individuale pot fi însă prezente anumite trăsături precum perfecționismul, ambiția exagerată, urmărirea în exces a performanței, ostilitatea sau anxietatea crescută.

2. Evenimente de viață critice. Simptomatologia intestinului iritabil se dezvoltă adesea ca urmare a separărilor stresante și care nu sunt integrate din punct de vedere psihic, a experiențelor de pierdere, a cazurilor de deces sau a îmbolnăvirilor grave din cadrul familiei sau al cercului social. Transformările importante apărute pe parcursul istoricului de viață cum ar fi pubertatea, căsătoria, nașterea unui copil, menopauza sau bătrânețea, precum și schimbările de la locul de muncă pot de asemenea să favorizeze dezvoltarea unei tulburări intestinale. Până la 85% dintre persoanele afectate relatează despre agravarea simptomelor ca urmare a experiențelor de viață stresante.

3. Stresul psihosocial și gestionarea deficitară a stresului. În situația în care cei afectați nu dispun de strategii de ajustare (*coping*) adecvate, factorii stresori proveniți din familie, cuplu sau de la locul de muncă pot să conducă la declanșarea unor afecțiuni intestinale funcționale. „Diareea emoțională” poate să apară ca urmare a unei stări acute de anxietate sau a suprasolicitării cronice.

4. Afectele negative și prelucrarea inadecvată a afectelor. Stările anxioase care par de nedepășit (de ex., frica exagerată înaintea unui examen, frica față de șomaj

sau despărțire), supărarea care a rămas neprocesată, ostilitatea pregnantă, furia și agresivitatea pronunțată determină apariția contractiilor intestinale, intensificarea activității motorii și amplificarea percepției asupra durerii. Este posibil ca intestinul iritabil să constituie manifestarea fizică a unui „pacient iritat”.

5. Trauma psihică și abuzul sexual. Conform unor studii, violența fizică sau sexuală suferită în copilărie poate avea drept consecințe la vârsta adultă scăderea pragului durerii, precum și dezvoltarea unor afecțiuni intestinale funcționale. De asemenea, se poate demonstra

În mod cert faptul că experiențele de violență sau de amenințare la adresa vieții la vârsta adultă (de ex., în cazul persoanelor persecutate pe criterii politice sau a victimelor de război) se asociază cu simptomatologia intestinului iritabil.

6. Afecțiunile psihice. Tulburările psihiatrice, precum anxietatea și depresia, pot fi detectate la mai mult de jumătate dintre pacienții cu intestin iritabil, ceea ce indică necesitatea unui tratament corespunzător. Conexiunile pot să difere însă: tulburarea psihică este fie cauza, fie consecința simptomelor intestinului iritabil.

7. Factorii cognitivi. Perspectivile nefavorabile asupra bolii și prelucrarea psihică deficitară (de pildă, a evalua o infecție intestinală inofensivă ca fiind o boală periculoasă) adesea favorizează problemele intestinale; astfel, în situația în care de exemplu un membru al familiei suferă de cancer intestinal, pot apărea frici legate de o boală similară.

8. Comportamentul inadecvat pe timpul bolii. Concentrarea constantă a atenției asupra simptomelor determină intensificarea percepției asupra disconfortului și a experienței de durere. Supraprotecția permanentă poate întări fixația asupra disconfortului intestinal.

## **Afecțiunile intestinale inflamatorii cronice**

Spre deosebire de concepțiile psihanalitice din trecut, în cazul afecțiunilor intestinale inflamatorii cronice nu este vorba despre boli psihosomatice propriu-zise, ci despre boli fizice („somatopsihice”) care — în funcție de gradul de severitate și de evoluție a bolii — pot avea ca urmare dezvoltarea unor probleme psihice.

Cauzele somatice ale afecțiunilor intestinale inflamatorii cronice (colita ulceroasă, boala Crohn) sunt necunoscute. În principiu, este vorba despre un context multifactorial format din factori genetici (din pricina agregării familiale), procese imunologice locale anormale care au loc la nivelul mucoasei intestinale, factori microbiologici (microbi) și influențe alimentare, dar care este determinat și de

efectele anumitor medicamente (contraceptive orale) și de consumul de nicotină (posibil datorită efectului vasoconstrictor).

Tulburarea nu poate fi înțeleasă decât pornind de la premisa că există o boală autoimună congenitală (reacție imună excesivă a peretelui intestinal la stimuli exteriori): într-o primă fază, apare o reacție de inflamare care se intensifică și care apoi se autonomizează datorită substanțelor eliberate.

Ca urmare a faptului că, până în prezent, cauzele acestei tulburări au rămas neelucidate, nu există nici metode de tratament medical care să vizeze o anumită cauză. Scopul principal al intervenției medicamentoase îl constituie la momentul actual îndeosebi reducerea reacțiilor imunitare și inflamatorii prin intermediul anumitor medicamente, evitând, pe cât posibil, intervențiile chirurgicale.

Factorii psihici și psihosociali implicați în afecțiunile intestinale inflamatorii cronice sunt controversați:

1. Factorii de personalitate. Nu există trăsături de personalitate specifice, care pot servi drept cauze (sau factori) de agravare ale (ai) simptomelor acestor afecțiuni. Există mai degrabă caracteristici precum starea depresivă accentuată, anxietatea sau labilitatea emoțională care se constituie drept consecințe ale acestora. Concepțiile psihanalitice, conform cărora problemele intraindividuale (precum anxietatea în legătură cu experiențele de pierdere sau de eșec, conflictele legate de dependență–independență sau apropiere–distanță) ar putea declanșa boala, sunt de abordat cu spirit critic, ele neavând acoperire din punct de vedere empiric.
2. Constelațiile familiale. Anumite situații familiale, cum ar fi o legătură prea puternică între mamă și copil, trebuie, de asemenea, considerate în calitate de consecințe și nu de cauze ale îmbolnăvirii cronice.
3. Evenimentele critice de viață. Persoanele afectate adesea relatează faptul că, înainte ca boala să se fi declanșat, s-au confruntat cu situații de viață stresante. Cu toate acestea, per total nu

s-a stabilit vreo conexiune satisfăcătoare între evenimentele critice de viață și evoluția bolii. Influența factorilor psihici și psihosociali asupra dezvoltării afecțiunilor intestinale inflamatorii cronice este considerată minoră, aceștia având însă o influență importantă în evoluția ulterioară a bolii.

4. Stresul. La o parte dintre pacienți, anumiți factori de stres precum supărarea zilnică sau sentimentele constante de suprasolicitare determină agravarea simptomelor. Dovezile empirice referitoare la legătura dintre stres și declanșarea, respectiv evoluția bolii sunt relativ inconsistente. Așadar, se dovedește utilă

urmarea unui tratament psihoterapeutic numai în situația pacienților la care, în urma evaluării atente a întregului context de viață, au fost identificate conexiuni semnificative.

5. Solicitarea psihică și scăderea calității vieții ca urmare a tulburării. În funcție de gradul de severitate al bolii, majoritatea pacienților au dificultăți în gestionarea psihică a următorilor factori: stresul din cauza tratamentului (de ex., tratamentul medicamentos intensiv, operațiile sau anusul artificial), nesiguranța cu privire la evoluția bolii, pierderea energiei și a capacității de funcționare (mergând în situații extreme până la incapacitatea de muncă), frica de a defeca necontrolat sau de a dezvolta cancer într-o fază avansată a bolii, retragerea socială, influențele nefavorabile asupra familiei și cuplului, depresia și anxietatea. Toate acestea sunt valabile îndeosebi pentru pacienții cu boala Crohn.

## **STRATEGII TERAPEUTICE**

Deși tulburările intestinale funcționale și organice au o largă răspândire, iar suferința persoanelor afectate este însemnată, aceste tulburări exercitând o influență importantă atât din punct de vedere economic, cât și în privința politicilor de sănătate, există puține strategii de tratament psihologic și psihoterapeutic testate și dovedite științific. În prezent, în cazul tulburărilor somatoforme ale abdomenului inferior, atât metodele de tratament din domeniul

medical, cât și din cel al psihoterapiei sunt, pur și simplu, considerate insuficiente. Este adevărat că există tratamente de succes, însă ratele de răspuns la tratamentul placebo sunt extrem de ridicate. Ar fi de dorit ca specialiștii din cercetarea din domeniul medicinei și al psihologiei, precum și profesioniștii din domeniul sănătății să-și intensifice conlucrarea și efortul pentru a obține rezultate terapeutice mai satisfăcătoare.

Următoarele măsuri terapeutice psihoterapeutice s-au dovedit a da rezultate cel puțin în situația unei părți dintre persoanele afectate: psihoeducația (diseminarea de informații), antrenamentul de relaxare (inclusiv biofeedback), antrenamentul de gestionare a stresului, învățarea unor competențe sociale, învățarea unor tehnici de gestionare a durerii și deprinderea unor strategii de management a conflictelor. De asemenea, decisive sunt comutarea atenției înspre exterior — atenție care, inițial, era îndreptată în mod constant și plin de anxietate asupra simptomelor, precum și încetarea comportamentelor de supraprotecție. Constituie obiective terapeutice importante: optimizarea calității vieții, renunțarea la un stil de viață nesănătos, modificarea unor obiceiuri alimentare incorecte, renunțarea la alimente

care balonează și, în mod deosebit, adoptarea însemnatei decizii de a include fibre în alimentație. Eficiente s-au dovedit a fi în special următoarele metode: terapia comportamentală, tehnica de biofeedback, tehnicile de relaxare, hipnoza, psihoterapia psihanalitică. În cazul persoanelor care suferă de tulburări intestinale, combinația dintre psihoterapie, tehnici de relaxare și medicație reprezintă cea mai eficientă formă de tratament a simptomelor fizice și psihice. În situația a numeroși pacienți se vor înregistra ameliorări numai dacă durerea lor va fi luată în serios de către specialiștii care îi tratează și abordată în mod special. Există următorul mesaj care se dovedește a fi important în situația pacienților ipohondri care acuză simptome ale unui intestin iritabil: sindromul intestinului iritabil nu este periculos și nu determină apariția cancerului.

Utilizarea exclusivă a terapiilor medicamentoase nu se dovedește de succes pe termen lung și, în plus, rata de răspuns la tratamentul

placebo este de 50 până la 80% — așadar, foarte ridicată. Cu toate acestea, se dovedesc utile: prescrierea anumitor medicamente — în situația diareei cronice, a durerilor severe și a aerofagiei —, consumarea de fibre — în cazul constipației — și respectarea unei diete, în cazul balonării.

În anumite situații, pot fi utile produsele psihofarmaceutice, în special antidepresivele, atât în cazul pacienților depresivi care prezintă diagnosticul de intestin iritabil, cât și în cazul altor persoane afectate, întrucât, prin intermediul acestora, simptomele pe care acești pacienți le prezintă pot fi adesea influențate în mod favorabil. Aceste produse pot fi reduce durerea, fie ameliora depresia sau anxietatea. În privința sedativelor care creează dependență, a așa-numitelor benzodiazepine, prescrise adesea în cazul pacienților anxioși, este necesară administrarea acestora cu precauție, întrucât atunci când acestea sunt consumate cu regularitate, există pericolul utilizării abuzive.

În cazul afecțiunilor intestinale inflamatorii cronice, intervențiile psihologice și psihoterapeutice pot ameliora în mod evident starea psihică a persoanelor afectate prin creșterea gradului de complianță (respectarea recomandărilor medicale cu privire la tratament), sprijinirea modului de gestionare a bolii și înlăturarea neîncrederii cu privire la atractivitatea fizică (anusul artificial sau reacțiile adverse ale medicamentelor); de asemenea, aceste intervenții pot atenua consecințele problematice de natură psihosocială din familie, cuplu și referitoare la sexualitate, pot ajuta în gestionarea unor simptome psihice asociate, precum anxietatea și

depresia, și pot spori capacitatea de relaxare prin intermediul a diverse tehnici. În situația acestor tulburări, care în prezent sunt considerate incurabile, intervențiile psihologice și psihoterapeutice nu pot însă influența în mod direct evoluția bolii. Perspectiva bio-psihosocială reprezintă un punct de vedere care se situează la mijloc între acele concepții care fie atribuie factorilor psihici un rol cauzal, fie nu le atribuie niciun fel de rol.

**CÂND VEZICA URINARĂ SE AFLĂ SUB PRESIUNE**

*Femeile plâng prin intermediul vezicii.*

Proverb

## **VEZICA URINARĂ IRITABILĂ — NEVOIA CONSTANTĂ DE A MERGE LA TOALETĂ**

*Doamna Maier, o secretară-șefă de 28 de ani, simte în toate situațiile posibile nevoia urgentă de a urina și trebuie să meargă permanent la toaletă, adesea și de 15 ori pe zi. Întrucât a atras de mai multe ori atenția în mod neplăcut din pricina vizitelor ei permanente la toaletă, începe treptat să aibă probleme la birou. Însă nu doar situația de la locul de muncă îi creează probleme doamnei Maier. Ea abia mai poate călători cu mijloacele de transport în comun, întrucât este de părere că ar putea să facă pe ea. Ea exprimă asemenea griji și în privința vizitelor la film sau la teatru, ceea ce, în timp, a ajuns să-l exaspereze pe prietenul ei. Doamna Maier a ajuns să se simtă bine numai atunci când știe că se află în preajma unei toalete. Nevoia urgentă de a urina s-a instalat după despărțirea de fostul ei prieten care, de atunci, o terorizează telefonic acasă sau la serviciu. La singura întâlnire pe care au avut-o după despărțire, el a violat-o în mod brutal, experiență pe care ea nu a reușit să o depășească până în prezent. În loc să continue a trăi cu teamă față de propriul corp și față de nevoia urgentă de a urina, precum și față de alți bărbați și de contactul sexual, ea va trebui să învețe cum să integreze această experiență oribilă și să prelucreze furia pe care o resimte față de fostul ei prieten, în cadrul unei psihoterapii.*

## **„A FACE ÎN PANTALONI DE FRICĂ”: VEZICA URINARĂ ȘI PSIHICUL**

Tractul urogenital este zona care cuprinde rinichii, ureterele, vezica urinară, uretra, prostata și organele genitale. Tractul urogenital îndeplinește mai multe sarcini: este în același timp organ de producție (producție de urină), organ de reproducere (procreare) și organ de plăcere (sexualitate). În cazul unor tulburări vor trebui tot

timpul avute în vedere interacțiunile fizice și psihice complexe dintre diferitele funcții. Astfel, nu constituie o raritate ca, în urma unui viol, să apară probleme ale vezicii urinare.

În această secțiune ne vom referi exclusiv la urină și la organele care au legătură cu aceasta; din lipsă de spațiu, nu este posibil să ne referim aici și la tulburările sexuale. Urina se formează în rinichi și curge prin intermediul ureterelor în vezica urinară. Uretra, care este calea de evacuare a urinei din vezică, este foarte scurtă la femei și, prin urmare, foarte expusă la inflamații, iar la bărbați are o lungime de circa 25 cm.

În vezica urinară se poate aduna până la evacuare o cantitate de urină de circa 400 până la 500 ml; când cantitatea de umplere este de 350 până la 450 ml se instalează nevoia urgentă de a urina, care constituie semnalul pentru golirea voluntară a vezicii urinare. Vezica urinară este situată în pelvis și se găsește pe o placă de mușchi și ligamente ancorate de jur împrejur de oase și denumită planșeu pelvin. Această musculatură poate fi încordată în mod voluntar, fapt utilizat cu scop precis în cadrul exercițiilor pentru planșeul pelvin, executate în situația incontinenței urinare. La bărbat, între vezica urinară și planșeul pelvin se găsește prostata, care împrejmuiește uretra. La femei, în situația în care vezica urinară este plină, uterul — situat chiar deasupra acesteia — se ridică puțin; în timp ce, atunci când există prolaps genital, se produce o ușoară comprimare a vezicii urinare.

În timpul micțiunii, mușchii vezicii urinare și sfincterul vezical vor trebui să se coordoneze: evacuarea urinei este coordonată de către sistemul nervos parasimpatic, care are rolul de a determina contractarea musculaturii vezicii urinare, în timp ce musculatura sfincterului urinar se relaxează. În timpul micțiunii, musculatura întregului planșeu pelvin trebuie să fie total relaxată. În caz contrar, vorbim despre o tulburare de urinare.

Există câteva expresii populare care indică importanța vezicii urinare și a funcției excretorii renale în relație cu emoții precum frica, furia



sau supărarea: cineva face pe el de frică sau de stres. Iar uneori, vorbind la figurat, cineva este prins cu

chiloții în vine.

Tulburările funcționale ale vezicii urinare sunt determinate de lipsa de coordonare între musculatura vezicii urinare, cele două sfinctere și musculatura planșeului pelvin. Stresul și tensiunea cauzate de emoții (frică, supărare, furie) provoacă senzația de urinare și dau semnalul pentru golirea voluntară a vezicii urinare, chiar și atunci când în vezica urinară se găsește o cantitate mai mică de 300 de mililitri de lichid. Sistemul nervos parasimpatic determină activarea organelor excretoare (defecație și urinare); apare nevoia permanentă de a alerga la toaletă. Adesea, în mod subiectiv, reacțiile de șoc și de frică se exprimă prin nevoia urgentă de a urina („vezica iritabilă”), pierderea efectivă de urină (incontinență urinară de stres), nevoia de a defeca, diaree și sentimentul general de „a face pe tine”. Defecația și urinarea în situații de frică și pericol pot fi înțelese în cadrul evolutiv: fuga devine mai ușoară datorită pierderii în greutate.

Fiecare dintre noi cunoaște această experiență: înainte de un examen, de un interviu sau de o întâlnire importantă, devin brusc necesare vizitele frecvente la toaletă. Când acest lucru nu este posibil, presiunea resimțită la nivelul vezicii urinare crește atât de mult, încât devine aproape insuportabilă; dacă însă, în principiu, știm că există o toaletă în apropiere, atunci brusc mersul la toaletă mai suportă încă o mică amânare.

De asemenea, în cazul stresului, al enervării și al fricii, organele excretoare pot fi inhibitate prin intermediul sistemului nervos simpatic. În mod subiectiv, acest lucru se exprimă prin retenția de urină.

În cazul tulburărilor psihice, al anxietății, dar mai ales al depresiei, se manifestă următoarele tulburări ale vezicii urinare: urinarea dificilă (dureroasă), nevoia frecventă de urinare, senzațiile de tensiune și presiune în vezica urinară, incontinența urinară (urinarea involuntară).

**Tabelul 8:** Tulburări urologice relevante din punct de vedere psihosomatic

## **TULBURĂRILE FUNCȚIONALE**

### **VEZICA URINARĂ IRITABILĂ**

Cea mai frecventă tulburare urogenitală somatoformă este vezica urinară iritabilă, care se întâlnește îndeosebi la femei, apare însă, uneori, și la bărbați. Spre deosebire de cazul în care vezica urinară iritabilă este generată în mod secundar, ca urmare a unei alte tulburări, în cazul vezicii urinare iritabile care apare ca afecțiune primară nu poate fi identificată nicio cauză concretă. Această tulburare funcțională este caracterizată prin următoarele simptome: nevoia de urinare frecventă și anormală (chiar și în cazul unor cantități mici), care, cu toate acestea, se manifestă de obicei în lipsa unei incontinențe, precum și durere sau usturime la urinare, care apar uneori. Senzația principală corporală este o permanentă nevoie de a urina care apare de obicei atunci când gradul de umplere a vezicii urinare este redus, fiind intensificată de anumite circumstanțe care declanșează frica, îndeosebi de situațiile agorafobice și de absența sau prezența îndepărtată a unei toalete. Frica de a se confrunta cu nevoia de urinare reprezintă adesea motivul pentru care sunt evitate vizitele la cinema sau la concerte, precum și călătoriile mai lungi sau mijloacele de transport în comun și pentru care călătoriile sau plimbările sunt întreprinse numai atunci când în apropiere se află toalete. Persoanele afectate consumă foarte puține lichide din cauza fricii față de senzația urgentă de urinare, agravându-și, în necunoaștință de cauză, simptomele, întrucât urina este mai concentrată în cazul deficitului de lichide și poate provoca iritarea peretelui vezicii urinare.

Simptomele vezicii urinare iritabile pot să conducă la agravarea unei tulburări de anxietate sau reprezintă chiar expresia unei tulburări de anxietate (în special în cazul agorafobiei). Acestea pot apărea însă și în cadrul unei depresii sau al unei tulburări sexuale. Uneori vezica iritabilă se asociază cu dureri difuze la nivelul abdomenului inferior.

Pacienții care resimt nevoia urgentă de a urina nu au dureri la urinare. Cu toate acestea, uneori, datorită activității sfincterului, aceștia se confruntă cu senzații dureroase de tensiune sau arsură la nivelul uretrei, care durează de obicei cel mult 10 până la 15 minute, dispărând apoi spontan. În acest caz, tensiunea se manifestă la nivelul sfincterului și al pelvisului iradiind până la nivelul uretrei.

Există două fenomene care alimentează cercul vicios care determină agravarea simptomatologiei vezicii urinare iritabile. Pe de o parte, deschiderea sfincterului care se petrece la urinare determină detensionarea și o reducere de scurtă

durată a nevoii constante de a urina și, prin aceasta, o ameliorare temporară a simptomelor. Pe de altă parte, urinarea frecventă, atunci când este resimțită până și cea mai ușoară nevoie de urinare, poate genera în mod secundar o diminuare a capacității vezicii urinare, care contribuie apoi, la rândul ei, la intensificarea disconfortului.

## **SINDROMUL URETRAL LA FEMEIE**

Sindromul uretral la femeie se deosebește de simptomatologia vezicii urinare iritabile prin aceea că nu apare nevoia de urinare caracteristică celei din urmă tulburări; în locul acesteia, sunt prezente dureri spasmodice, ardente, pulsatile în zona uretrei și a porțiunii de trecere de la uretră în vagin (în proximitatea clitorisului). De regulă, apar crize dureroase, care sunt resimțite ca fiind spasmodice, ardente, pulsatile, durează de cele mai multe ori circa o jumătate de oră sau mai mult și apar adesea la sfârșitul micțiunii sau independent de aceasta — în acest caz fiind posibil să determine tulburări de somn (spre deosebire de sindromul vezicii urinare iritabile).

Faptul că durerea se manifestă sub forma unor crize are legătură cu tensiunea acută, indusă emoțional, care se instalează la nivelul unor mușchi sau grupe de mușchi care se găsesc la intrarea în vagin și se află într-o stare cronică de încordare, fapt care explică senzația de durere la nivelul meatului uretral și al clitorisului. Contractarea sfincterului în timpul crizei dureroase determină o puternică agravare

a simptomelor. Nu sunt rare cazurile în care simptomele sunt tratate cu medicație antibacteriană, fiind confundate cu simptomele severe ale vezicii urinare iritabile sau, deși analizele de laborator lipsesc, cu inflamații ale vezicii urinare, ulterior fiind catalogate ca „rezistente la terapie”.

## **SINDROMUL UROGENITAL PSIHOSOMATIC LA BĂRBAT**

Cea mai frecventă tulburare somatoformă a sistemului urogenital la bărbat, care la jumătate dintre pacienți se asociază cu afecțiuni ale prostatei, este sindromul urogenital psihosomatic — numit și prostatopatie, prostatodinie sau prostatită cronică. Aceste denumiri sunt improprii, în măsura în care — dată fiind conexiunea stabilită cu prostata — este sugerată existența unei baze organice, care nu există însă. Semnele acute sau cronice ale unei inflamații bacteriene lipsesc adesea și, chiar și în cazul unei inflamații, aceasta nu explică în mod adecvat gradul de severitate al prostatopatiei. Acest lucru devine evident în special prin faptul că tulburarea persistă chiar și după administrarea de antibiotice și după ce semnele

inflamației dispar. La circa jumătate dintre persoanele afectate nu sunt găsite cauze infecțioase sau bacteriene, ceea ce constituie un indiciu asupra importanței factorilor psihici.

La mai mult de jumătate dintre pacienți apar, de asemenea, și tulburări sexuale funcționale. Din pricina durerilor, persoanele afectate adesea decid să-și reducă activitatea sexuală, în timp ce acționa tocmai în mod contrar ar fi mai indicat: satisfacerea sexuală determină relaxarea musculară! Prin analogie cu durerile abdominale cronice ale femeii, ar trebui ca, pe viitor, întregul tablou simptomatologic să primească denumirea de „dureri abdominale idiopatice la bărbat” și să fie considerate o tulburare algică somatoformă cronică. Tulburarea, care se referă la existența unui disconfort difuz la nivelul abdomenului inferior și al pelvisului, se asociază cu o tensiune resimțită drept dureroasă la nivelul planșeului

pelvin („mialgie pelvină”) și se caracterizează printr-o multitudine de simptome:

- Disconfort la nivelul tractului urinar și la urinare: nevoia frecventă de a urina, ezitarea înaintea golirii vezicii sau dureri la urinare, senzația de arsură la nivelul uretrei în timpul sau după urinare, respectiv picurare post-urinare — independent de aceasta, mâncărimi și senzație de gădilară la nivelul uretrei, dureri la nivelul vezicii urinare, trezire nocturnă frecventă din cauza urgenței de a urina.
- Disconfort la nivelul intestinului și al anusului: senzația de presiune la nivelul perineului, senzația de tensiune la nivelul anusului care adesea iradiază până la nivelul rectului, nevoia de a defeca, scaun neregulat, dureri la defecare, accentuarea disconfortului intestinal prin contracția sfincterelor respectiv a sfincterului în cauză (până la 30 de minute după urinare).
- Disconfort la nivel genital: senzații neplăcute în zona genitală, dureri care iradiază sau senzația de presiune la nivelul pubisului, penisului și testiculelor („dureri testiculare”).
- Disconfort la nivelul altor zone ale corpului: senzație de junghi și durere în zona inghinală (unilateral sau bilateral), senzație de tensiune și durere în zona sacrală.
- Disfuncții sexuale: lipsa libidoului, disfuncții erectile, ejaculare precoce sau durere la ejaculare, incapacitatea de a obține orgasm, prezența sângelui în lichidul seminal rezultat în urma ejaculării.

## **RETENȚIA DE URINĂ**

Retenția psihogenă de urină constă în micțiunea cu dificultate în situații de suprasolicitare și în situații în care persoana se simte supravegheată. Retenția de urină care nu are cauze organice (retenție de urină în vezica urinară care nu este și nici nu poate fi controlată voluntar, respectiv dificultăți în a elimina urina în mod spontan) apare îndeosebi la femei, care au suferit traume de natură sexuală sau au trăit alte experiențe sexuale înfricoșătoare. Stresul

poate contracta mușchii sfincterieni din apropierea vezicii urinare și poate determina închiderea uretrei.

În cazul a numeroși bărbați, iritațiile aflate în această zonă determină imposibilitatea de a urina atunci când se află la pisoar și se simt observați sau oprirea jetului de urină atunci când cineva intră pe neașteptate în încăpere. 3 până la 7% dintre bărbați suferă de această tulburare numită „paruresis”. Se consideră adesea că această simptomatologie este expresia unei fobii sociale.

## **POLIURIA**

Stresul sau enervarea pot favoriza poliuria psihogenă când, în ciuda consumului normal de lichide, pe parcursul a două până la patru ore sunt eliminate cantități mari (până la trei litri) de urină puternic diluată și limpede ca apa, fiind necesare vizite frecvente la toaletă.

## **TULBURĂRILE ORGANICE**

### **CISTITA CRONICĂ (URETROCISTITA)**

Cea mai frecventă tulburare a vezicii urinare cu cauze organice la femeie este cistita, caracterizată printr-o nevoie de a urina care debutează brusc, durere la urinare și urină tulbure, cu miros anormal și, uneori, cu prezența sângelui în urină. Atunci când simptomatologia este cronică (două până la trei, uneori chiar douăsprezece infecții pe an), adesea sunt de luat în considerare aspecte psihosomatice care se explică datorită existenței unui sistem imunitar dereglat și suprasolicitat de factori psihosociali (stres în familie, în cuplu sau la locul de muncă). Ca urmare a simptomatologiei urologice, adesea apar și probleme sexuale și/sau de cuplu.

## **INCONTINENȚA URINARĂ**

Incontinența urinară cu pierdere involuntară de urină apare în rândul femeilor de trei ori mai des decât în rândul bărbaților și constituie

pentru acestea una dintre cele mai importante și stresante tulburări urologice cu cauze organice, care trebuie menționată îndeosebi datorită consecințelor pe care le determină în plan psihic. Există patru forme, dintre care incontinența urinară de efort și incontinența imperioasă sunt cele mai importante. Dintre pacienții cu incontinență urinară, 35% suferă de incontinență urinară de efort, 25% de incontinență imperioasă și 30% suferă de o formă mixtă, care reprezintă un amestec dintre incontinența urinară de efort și cea imperioasă. 16% dintre femei și 5% dintre bărbați prezintă o formă de incontinență urinară, cu toate că numai la 17% dintre persoanele afectate incontinența se manifestă zilnic.

Incontinența de efort se referă la pierderea involuntară de urină în cazul stresului fizic (nu psihic!), respectiv în cazul râsului, tușitului, săritului sau ridicatului, atunci când presiunea la nivel abdominal este ușor crescută. Acest lucru determină pierderea de urină până și în situația unor creșteri nesemnificative ale presiunii la nivel abdominal și în lipsa oricărei mișcări de contracție a musculaturii. Cel mai adesea, cauza o reprezintă slăbiciunea musculaturii pelvine care de regulă apare după nașteri (fiecare a treia femeie suferă după naștere de incontinență urinară). În urma nașterii, uterul și implicit vezica urinară alunecă mai jos, devenind astfel mai dificil ca vezica urinară să fie menținută închisă. Incontinența de efort apare îndeosebi la femeile mai în vârstă, ca urmare a unui deficit hormonal, fiind de înțeles faptul că este percepută ca fiind extrem de stresantă și determină adesea apariția unor comportamente de retragere și evitare. Se impune așadar antrenarea

musculaturii pelvine. Pentru a evita problemele, persoanele afectate adesea consumă prea puține lichide când, de fapt, în vederea curățării tractului urogenital, ar fi necesar un consum sporit de lichide.

În cazul incontinenței imperioase, musculatura vezicii urinare se contractă: apare nevoia urgentă de a urina și, în consecință, pierderea de urină. Cauze posibile: pe lângă factorii organici ca, de exemplu, inflamația vezicii urinare, poate exista la nivelul sistemului nervos central și o disfuncție determinată de factori psihologici. În

această situație, mecanismul de închidere al vezicii urinare este intact.

## **ABORDĂRI PSIHOSOMATICE**

### **FACTORI PSIHOLOGICI**

Spre deosebire de alte specialități, în cadrul urologiei, conceptele psihosomatice sunt insuficient dezvoltate și cercetate. Generalizând adesea în mod eronat, psihanalistii tind să considere tulburările sexuale drept cauză neorganică a tulburărilor de golire a vezicii urinare. Dacă au suferit traume de natură sexuală, femeile prezintă o combinație evidentă de probleme urologice, sexuale și ginecologice: dureri la urinare, vezică urinară iritabilă, dureri abdominale cronice, secreție vaginală, dureri la contactul sexual și incapacitate de a obține orgasm. Cel mai adesea însă, factorii declanșatori îi constituie stresul, problemele de cuplu și situațiile deosebit de presante.

Cauza apariției simptomelor vezicii urinare iritabile o constituie tensiunea acumulată la nivelul sfincterului extern al vezicii urinare și e determinată de factori emoționali. Adesea apare o contracție la nivelul întregului pelvis, mai cu seamă însă la nivelul planșeului pelvin. Femeile afectate se confruntă cu simptomele vezicii urinare iritabile numai în timpul orelor de veghe, somnul nefiind afectat de către acestea; chiar și numai acest fapt indică natura psihosomatică a tulburării. Aceste femei adesea confundă, în mod cu totul eronat, nevoia urgentă de a urina cu pericolul de a suferi de incontinență urinară. Simptomele apar adesea în anumite situații, îndeosebi atunci când în apropiere nu se găsește nicio toaletă.

Nu este nicidecum obligatoriu însă să existe o conexiune cu problemele sexuale. Modelul care face referire la fixarea excesivă a atenției asupra unui anumit organ, modelul încordării musculare, precum și modelul stresului constituie adesea concepte explicative utile:



1. Tulburările funcționale la nivel urogenital au la bază tensiunea musculară, respectiv tensiunea acumulată la nivelul abdomenului inferior și la nivel pelvin pe care persoanele afectate adesea nici nu o conștientizează. În consecință, afecțiunile pelvine la femei și bărbați constituie expresia tensiunii acumulate la nivelul planșeului pelvin („mialgie pelvină”).

2. Vezica iritabilă apare de obicei ca urmare a stresului cronic, a excitării generale a sistemului nervos vegetativ, a fricilor intense sau a tensiunii provocate de furia interiorizată, fiind adesea intensificată de o nevoie sporită de siguranță și control. În acest caz, devine evident cercul vicios care se creează din cauza fixării excesive a atenției asupra unui singur organ: tocmai *pentru că* persoana afectată știe că

ar fi posibil ca în situații stresante să resimtă nevoia urgentă de a urina, aceasta își concentrează din ce în ce mai mult atenția asupra vezicii urinare, fapt care determină creșterea nivelului de excitare a sistemului nervos vegetativ, instalându-se cu adevărat nevoia urgentă de a urina.

3. Incontinența imperioasă apare adesea ca urmare a unei tensiuni permanente acumulate la nivelul musculaturii planșeului pelvin care se datorează anxietății, agitației, problemelor sexuale sau unor experiențe de abuz sexual.

4. Prostatopatia, precum și dificultatea la urinare sau senzația de arsură la nivelul uretrei sunt legate de tensiunea resimțită la nivelul planșeului pelvin.

## ASPECTE TERAPEUTICE

În cadrul psihoterapiei este necesară abordarea individualizată a fiecărui caz, întrucât pacienții care prezintă tulburări urologice relevante din punct de vedere psihosomatic constituie o grupă extrem de eterogenă:

1. Psihoeducație. Este extrem de important ca bolnavilor să le fie prezentat modelul bio-psiho-social al bolii, întrucât, de regulă, aceștia

nu cunosc conexiunile între corp și psihic sau nu le pot înțelege întru totul.

2. Exerciții de relaxare. Trainingul autogen, tehnicile de respirație și metoda de biofeedback pot să diminueze presiunea exercitată asupra vezicii urinare, întrucât prin intermediul acestora se dobândește o mai bună conștientizare și diminuare a tensiunii fizice generale.

3. Antrenament de gestionare a stresului. Presiunea pe care pacientul o resimte asupra vezicii urinare se află adesea în strânsă legătură cu alte situații de viață presante și stresante. Persoanele care au probleme urologice de natură psihosomatică vor trebui să învețe să gestioneze mai eficient situațiile stresante cu care se confruntă.

4. Renunțarea la comportamentul de control corporal permanent. Datorită acestui comportament simptomele sunt amplificate, astfel încât devine foarte importantă comutarea atenției asupra mediului înconjurător.

5. Terapie centrată asupra corpului. Înainte ca strategiile de comutare a atenției să poată acționa pe termen lung, este foarte important ca pacientul să se raporteze la el însuși și să se autoperceapă într-un mod lipsit de anxietate și stres, într-o primă fază în stare de relaxare și, ulterior, în stare de tensiune fizică, renunțând la comportamentul de automonitorizare constantă a propriului corp.

6. Renunțarea la toate strategiile de evitare. Este foarte importantă expunerea

țintită la situații temute, dar dezirabile (precum, de exemplu, vizita la cinematograful), întrucât orice evitare aduce cu sine agravarea problemelor urinare. Ca și în situația terapiei al cărei obiectiv îl reprezintă depășirea anxietății, este necesară redobândirea libertății de mișcare care adesea a fost mult îngrădită. În acest sens, pacienții cu vezica iritabilă vor trebui să învețe să facă față minimum 10 până la 15 minute senzației de urgență de a urina, amânând pe cât posibil vizita la toaletă, pentru a se confrunța astfel cu experiența că nu sunt

total controlați de cerințele propriului corp. Persoanele afectate vor trebui să reia obiceiul de a bea doi până la trei litri de lichide pe zi întrucât, astfel, se ajunge la o reducere și nu la o intensificare a urgenței de a urina.

7. Training emoțional. Perceperea și verbalizarea emoțiilor precum frica sau sentimentele de frică și de suprasolicitare, dar și elaborarea anumitor emoții precum furia sau dezamăgirea constituie premise importante pentru a diminua starea de tensiune fizică generală.

8. Procesarea contextului psihosocial. În afara terapiei centrate pe simptom, vor trebui analizate și cauzele tulburării, fie că este vorba despre stres, probleme de cuplu, probleme psihice, fie despre anumite probleme sexuale apărute ca urmare a confruntării cu experiențe traumatizante.

9. Antrenamentul musculaturii peretelui pelvin. În cazul incontinenței urinare, s-a dovedit eficient antrenamentul pentru tonifierea musculaturii peretelui pelvin care, în practica clinică, se desfășoară de obicei sub supravegherea unui fizioterapeut.

## CÂND PE PIELE APAR MÂNCĂRIMI ȘI DURERI

*Un om poate trăi dacă este orb*

*sau surd, precum și dacă nu aude și nici nu are gust,*

*însă în lipsa funcțiilor pe care pielea le îndeplinește,*

*devine imposibil să trăiască.*

HELEN KELLER

## NEURODERMATITA — SCĂRPINATUL NU FACE DECÂT SĂ AGRAVEZE SITUAȚIA

*Doamna Böhm, o vânzătoare de 29 de ani, suferă de la vârsta de 8 ani de neurodermatită. De doi ani, disconfortul s-a intensificat din nou*

*și, spre deosebire de datele anterioare, nici utilizarea cu regularitate a cortizonului și nici spitalizarea nu au mai contribuit la ameliorarea acestuia. Medicul de familie recomandă doamnei Böhm vizita la un psihoterapeut. Încă din primele relatări, se dovedește faptul că ea suferă ca urmare a faptului că este angrenată în conflicte puternice și care îi par imposibil de gestionat cu o serie de persoane apropiate. În special, îi creează probleme prezența mamei soacre, în a cărei casă locuiește în urma căsătoriei și cu care nu se înțelege deloc. Ea ar prefera să locuiască în casa iubitului ei tată, care a decedat, variantă care pentru soțul ei nu constituie însă o opțiune. Frustrarea și furia sunt prezente și la locul de muncă: doamna Böhm lucrează la un supermarket unde au loc reduceri de personal, fapt care creează o presiune sporită la locul de muncă. În plus, ea este profund afectată de privirile clienților care îi pot observa cu ușurință iritațiile apărute pe piele. Ea își dorește foarte mult un copil, fapt care contravine planurilor de dezvoltare în carieră ale soțului. Tensiunea ei interioară este adesea atât de mare, încât simte nevoia să se scarpine încontinuu pentru a elimina, cel puțin pentru scurt timp, senzația de mâncărime; ulterior se reinstalează și se intensifică însă senzația de durere, care apare din cauza deteriorării pielii. Când știe că este singură, se scarpină din cap până în picioare „până îi dă sângele” — acesta fiind un cerc vicios fatal! Ea nu știe să-și gestioneze nici reacția în fața senzației de mâncărime și nici tensiunea interioară crescută.*

## **„A NU SE SIMȚI CONFORTABIL ÎN PROPRIA PIELE”: PIELEA ȘI PSIHICUL**

Pielea este formată din trei straturi: la exterior epidermul, la mijloc dermul și la interior hipodermul. Epidermul este format la rândul său din mai multe straturi, iar stratul cel mai de suprafață al acestuia este stratul cornos, format din celule moarte al căror nucleu a dispărut și care continuă să se desprindă în permanență și să fie înlocuite de noi celule aflate în straturile mai profunde ale epidermului. Dermul este format din țesut conjunctiv elastic, este traversat de vase sangvine și are în componență papilele dermice, glandele sebacee, receptorii pentru calitățile senzoriale, cum ar fi presiunea și temperatura,

precum și terminațiile nervoase libere, care servesc drept receptori pentru durere și se extind până în epiderm. Hipodermul este în principal constituit din lobuli de celule grase și cuprinde, pe lângă vase sangvine și nervi, terminațiile tubulare ale glandelor sudoripare, al căror traseu traversează dermul, deschizându-se la suprafața epidermului prin intermediul a numeroși pori.

Pielea și sistemul nervos central s-au format, în stadiile cele mai timpurii ale ontogenezei, din aceleași elemente: din punct de vedere evolutiv, celulele tegumentare și cele nervoase își au originea în același strat germinal embrionar. Acest lucru explică și reacția pielii atunci când o persoană se confruntă cu emoții foarte puternice. Pielea este profund interconectată cu sistemul nervos și datorită faptului că anumite celule tegumentare produc anumiți neurotransmițători răspunzători de transmiterea impulsului nervos. Prin intermediul măduvei spinării, anumite porțiuni ale pielii (așa-numite segmente) sunt interconectate cu anumite organe ale corpului precum inima, stomacul, intestinul sau ficatul. Astfel, anumite organe interne pot fi influențate prin terapii exterioare (de la masaj și până la injectarea anumitor substanțe în anumite zone ale pielii). Și invers, atunci când anumite organe interne se îmbolnăvesc, acestea se manifestă prin disconfort specific la nivelul zonelor de piele asociate (de ex., afecțiunile cardiace se manifestă la nivelul umărului și al brațului stâng).

Pielea, cu o suprafață de 1,5 până la 2 m<sup>2</sup>, este cel mai mare organ al corpului uman, precum și acel organ care ne delimitează și cu care ne prezentăm în exterior. Prin intermediul pielii, noi stabilim un contact fizic cu mediul exterior, iar stimulii senzoriali sunt transmiși cu ajutorul sistemului nervos de la suprafața pielii până la creier. Starea în care se găsește pielea ne determină aspectul și

experiența și, prin urmare, încrederea în propria persoană. Modul în care este vascularizată pielea, precum și activitatea glandelor sudoripare constituie indicii ale stării noastre emoționale, fie că ne dorim sau nu acest lucru.

Pe scurt, pielea îndeplinește, pe lângă alte funcții, și numeroase atribuții care țin de reglarea relației pe care persoana o are cu mediul înconjurător:

- Pielea, ca organ de frontieră între propria persoană și mediul înconjurător, ne protejează corpul de factorii de influență din mediu (temperatură, fluctuații de umiditate, raze UV, poluanți, acte de violență, fungi, bacterii, paraziți). În caz de boală, pielea poate fi agresată din interior (inflamații, erupții, abcese) sau din exterior (leziuni, operații).
- Pielea, ca organ de contact cu mediul înconjurător, face posibilă comunicarea cu alte persoane prin intermediul contactului corporal. La copil, pielea are o mare însemnătate în dezvoltarea emoțională, socială și fizică. În cazul tinerilor și al adulților, pielea permite realizarea acelei apropieri care constituie baza pentru o bună relație de cuplu.
- Pielea, ca organ de simț, permite percepția senzațiilor tactile, de frig, de căldură, de usturime, de durere, de gădilară precum și senzațiile și atingerile sexuale. În acest sens, pielea este sursa unor plăceri senzuale, însă reprezintă și un teren al unor suferințe.
- Pielea, ca organ care impresionează privitorul, îndeplinește o funcție estetică atunci când aceasta este percepută ca fiind frumoasă, curată, urâtă, măslinie sau palidă. Machiajul, vizita la cosmetică și poate chiar la chirurgul estetician sunt menite să ne sporească impactul asupra altor persoane. Cicatricile rămase ca urmare a unui accident, a unei operații sau a unei boli de piele grave pot, în funcție de poziție și de aspect, să lase urme nu numai pe piele, ci și în suflet; ele pot influența semnificativ stima de sine și atractivitatea în mediul social.
- Funcția pielii de exprimare a charismei erotice și sexuale devine vizibilă prin intermediul inelelor, al obiectelor de podoabă sau al anumitor desene pe piele precum sunt tatuajele.

- Pielea, ca organ de exprimare, oglindește senzațiile și trăirile interioare. Reacțiile emoționale devin vizibile pentru toți cei din jur prin intermediul pielii. Acest lucru se poate observa atunci când se petrec modificări la nivelul pielii precum roșeața, paloarea, pielea de găină, transpirația de emoție,

mâinile reci sau umede, „ridicarea părului în cap”.

Prin intermediul unui dispozitiv de biofeedback, devine posibilă măsurarea conductivității electrice a pielii. Conductanța electrică a pielii reprezintă de câteva decenii măsura activării psihice. Atunci când mințim, pielea noastră începe să transpire într-un mod imperceptibil, fapt care determină modificarea conductanței pielii. În cazul cunoscutului detector de minciuni, se dorește identificarea pe această cale a excitației emoționale, iar cu ajutorul dispozitivului de biofeedback se măsoară relaxarea emoțională progresivă.

În psihosomatică a existat o preocupare timpurie cu privire la influența factorilor externi asupra pielii, precum și la efectul pe care modificările pielii îl exercită asupra relațiilor sociale. Aspectul conferă prestigiu: o piele fără cusur ocupă o poziție de vârf în clasamentul cerințelor sociale referitoare la frumusețe. Conform diverselor sloganuri publicitare, un aspect exterior perfect pare să constituie garanția unui eu stabil și să asigure un înalt prestigiu social. Produsele cosmetice scumpe și îngrijirea intensivă sunt menite să crească stima de sine, ca urmare a efectului produs asupra altora. Pe de altă parte, bolile de piele pot determina scăderea stimei de sine și probleme în contactele sociale. Este cert faptul că imaginea pe care o avem asupra corpului și asupra pielii se află în strânsă legătură și că noi le apărem celorlalți exact așa cum ne manifestăm prin intermediul pielii.

Conexiunile strânse dintre piele și psihic se pot observa și în cadrul anumitor expresii. Avem obrazul subțire sau obrazul gros sau avem pielea tăbăcită, ne înroșim de rușine, jenă sau furie, de frică devenim foarte palizi sau ne îngălbenim de invidie. Adesea nu ne simțim bine în propria piele, dar nu o putem schimba, și uneori nu ne-am dori să fim în propria noastră piele. Alteori cineva ne intră pe sub piele, trăim

ceva pe pielea noastră, ne punem pielea la bătaie pentru o anumită chestiune, abia scăpăm cu obrazul curat, ne salvăm propria piele, ne punem pielea la saramură, ne vindem scump pielea. Putem să ne aflăm în cursul unui proces în care părțile se „jupoaie”. Uneori ceva ne gâdilă sau altceva nici nu ne atinge.

De domeniul pielii țin și organele anexe (părul, unghiile, glandele sudoripare și sebacee) în legătură cu care există de asemenea numeroase expresii. În anumite ocazii, de frică avem sudoare pe frunte, transpirăm de stres și efort, avem sudoare rece pe piele, ni se face pielea găinii. Ceva ne face să ni se ridice părul pe cap sau ceva ni se pare tras de păr. Uneori părul ni se zbârlește de groază sau altceva ne scoate peri albi. Adesea ne păruim sau în alte dăți nu dorim să atingem altcuiva

nici măcar un fir de păr.

Bolile de piele sunt extrem de răspândite, continuând să fie din ce în ce mai răspândite. În ultimele decenii, anumite boli de piele aproape că au devenit boli naționale. În special în cazul copiilor, bolile de piele și alergiile apar din ce în ce mai frecvent. Bolile de piele cronice reprezintă mai mult de jumătate din totalitatea bolilor profesionale, determinând stări considerabile de suferință psihică și implicând costuri economice substanțiale. 25 până la 30% dintre pacienții cu boli de piele prezintă concomitent și probleme psihice.

În cazul afecțiunilor psihice, în special al depresiei, schizofreniei și al alcoolismului, apar adesea boli de piele. În cazul depresiei, cele mai frecvente simptome care apar sunt următoarele: suprasensibilitatea pielii, senzația de arsură pe piele, senzația difuză de mâncărime, tonusul redus al țesutului, pielea uscată, ridată, palidă sau ternă, expresia obosită a feței, căderea părului, păr uscat, aspru sau lipsit de strălucire. O tulburare de ipohondrie se manifestă sub forma anumitor frici în legătură cu dezvoltarea unor boli de piele, mai precis sub forma fricii de a dezvolta cancer de piele sau alergii cutanate, care ar putea fi declanșate de anumite alimente sau substanțe chimice. Teama patologică de a deveni diform (dismorfofobia) se poate afla în legătură cu pielea și se poate manifesta sub forma



Îngrijorării exagerate față de riduri, pete, vase de sânge translucide, cicatrici, ten palid sau înroșit, pilozitate excesivă sau căderea părului. Persoanele afectate se percep drept urâte, se retrag din societate și dezvoltă un comportament pronunțat de evitare. Adesea porțiunile de piele presupuse a fi diforme sunt ascunse cu meticulozitate prin intermediul vestimentației sau sunt acoperite în exces prin intermediul machiajului. Cel mai adesea, singura posibilitate de a obține o schimbare satisfăcătoare o constituie adoptarea unor măsuri de chirurgie estetică.

**Tabelul 9:** Probleme de piele relevante din punct de vedere psihosomatic

## **TULBURĂRILE FUNCȚIONALE**

### **ROȘEAȚA**

Înroșirea pielii de pe față, gât sau partea superioară a corpului, în situații foarte stresante, reprezintă un simptom de care cei în cauză se tem și care adesea se transformă în teamă față de înroșire (eritrofobie). Simptomatologia apare mai ales în cazul fobiei sociale, atunci când persoanele afectate se tem de evaluarea negativă din partea celorlalți.

### **TRANSPIRAȚIA**

Transpirația în exces apare îndeosebi în zona axilelor, a mâinilor și a picioarelor; persoanele afectate se tem de apariția petelor vizibile de transpirație. Acestea adesea sunt nesigure de ele însele, temătoare și inhibate, iar în situațiile sociale reacționează în mod incontrollabil prin transpirație. Tulburările de anxietate socială nu numai că reprezintă cauza principală, ci și o consecință frecventă a transpirației excesive. În situațiile de efort fizic, transpirația are rolul de a regla temperatura corpului supraîncălzit, întrucât apare senzația de răcorire, prin intermediul condensului care se produce la nivelul pielii.

În situațiile de frică sau de solicitare psihică apare același tipar de reacție.

Măsurile chirurgicale (ablația fibrelor nervoase ale sistemului nervos simpatic, care sunt responsabile de producerea transpirației) reprezintă cu siguranță un mijloc nepotrivit în cazul transpirației cu cauze emoționale, întrucât efectul adesea nu este unul de durată; în plus, este de avut în vedere faptul că, în compensație, poate apărea transpirația abundentă la nivelul altor zone ale corpului. Îndeosebi însă, trebuie luat în considerare faptul că, în lipsa psihoterapiei, anxietatea care stă la baza transpirației se menține.

## **MÂNCĂRIMEA SOMATOFORMĂ A PIELII (PRURITUL PSIHOGEN)**

Mâncărimea somatoformă și disconfortul permanent pe piele, de natură neorganică (în special senzația de arsură sau de durere) sunt considerate tulburări funcționale autonome somatoforme ale pielii, atunci când nu pot fi (suficient) explicate prin intermediul unor cauze organice. Persoanele care suferă de prurit psihogen adesea trăiesc o mare tensiune interioară și manifestă în consecință crize bruște de prurit; prin urmare, acestea sunt preocupate în permanență de mâncărimi sau de starea pielii, îndeosebi atunci când se găsesc în repaus și au timp să se autoobserve. Pruritul care nu are cauze organice de obicei se intensifică și apare mai frecvent atunci când atenția se concentrează în acest sens, când există

sentimentul subiectiv de pierdere a controlului, în cazul solicitării psihice și a dispoziției depresive. Senzația de mâncărimă care se asociază cu nevoia de a se scărpinga reprezintă un simptom principal în cazul a numeroase afecțiuni dermatologice.

Numeroase persoane acuză și senzația de arsură sau alte tipuri de disconfort la nivelul pielii și prezintă concomitent simptomatologie depresivă.

# **ANESTEZIA ȘI PIERDEREA SENZORIALĂ DISOCIATIVĂ**

Anumite tipuri de disconfort de natură neorganică de la nivelul pielii (lipsa sensibilității, în sensul senzației de amorțeală și a lipsei de percepție a durerii sau a suprasensibilității, în sensul senzației de intensificare a durerii) sunt denumite tulburări disociative și menționate în cadrul tulburărilor de anestezie și pierdere senzorială disociativă. În cazul persoanelor afectate, reflexele se declanșează în mod normal în zone ale pielii aparent insensibile. Lipsa percepției durerii la nivelul pielii poate fi extrem de spectaculoasă, iar în Evul Mediu aceasta reprezenta dovada clară de a fi încheiat un pact cu diavolul.

## **TULBURĂRILE ORGANICE**

### **NEURODERMATITA**

Neurodermatita reprezintă cea mai frecventă boală de piele: 10% din populație suferă de această boală, iar în copilărie chiar 20% pe fiecare cohortă de naștere. Circa 60% dintre pacienți se îmbolnăvesc deja din primul an de viață, iar 85% până în al cincilea an de viață. Probabilitatea de a se îmbolnăvi este de 60% în cazul în care un singur părinte prezintă simptomatologie alergică și de 80% în cazul în care ambii părinți sunt afectați de acest gen de simptome.

Prin neurodermatită se înțelege o inflamație a pielii, adesea cronică sau a cărei evoluție prezintă recidive, însoțită de senzația puternică de mâncărime pe suprafețele flexoare ale brațelor și picioarelor, precum și pe gât și mâini. În faza de debut, boala se manifestă prin înroșirea anumitor porțiuni ale feței, care ulterior supurează, iar atunci când se usucă încep să se acopere de coji (cruste de lapte). Cu timpul, simptomele se extind la nivelul brațelor și picioarelor.

În cazul în care nu se produce o vindecare spontană, care apare relativ frecvent după câțiva ani, simptomele se manifestă adesea

până în perioada pubertății, iar în multe cazuri chiar până într-o etapă avansată de maturitate. Din ce în ce mai frecvent, boala debutează în cazul persoanelor mai în vârstă și se asociază adesea cu febra fânului sau astm.

Mâncărimea foarte puternică, cea care determină pruritul, trece drept simptom cardinal și cauză centrală a consecințelor ulterioare ale bolii. Inflamațiile cronice și pruritul puternic conduc la o îngroșare și înăsprire a pielii și favorizează apariția infecțiilor.

Cauzele organice ale neurodermatitei sunt în mare măsură necunoscute, chiar dacă dereglările imunologice și formele reacțiilor alergice pot fi descrise în detaliu. Factorii alergici constituie factorii declanșatori principali, în special contactul cu praful de casă, anumite alimente sau alte substanțe asemănătoare. Ca și în cazul astmului, există și o formă de neurodermatită în cazul căreia factorii declanșatori externi nu au niciun rol, boala fiind declanșată de anumiți factori în interiorul organismului. Factorii psihosociali ocupă un rol important în declanșarea bolii la circa 30 până la 40% dintre cazuri, având în mod special o influență asupra senzației de mâncărime și a pruritului.

## **PSORIAZISUL**

Psoriazisul (din grecescul *psora* = descuamare, scabie) constituie, după

neurodermatită, a doua cea mai frecventă boală de piele (apare la circa 2% din populație). În general aceasta este considerată o tulburare de cheratinizare determinată genetic, care apare la mai mulți membri ai unei familii; cel mai adesea, aceasta debutează de foarte timpuriu și are o evoluție cronică. Celulele cornoase cresc mai rapid, respectiv mai numeroase, fie pentru că la nivelul pielii s-a produs o modificare imunologică datorată unor stimuli chimici, fie ca urmare a desfășurării unor procese interne cum sunt infecțiile. Caracteristice sunt focarele inflamatorii nedureroase și bine conturate

care apar pe brațe, picioare, trunchi și în zone ale capului acoperite de păr, care sunt acoperite de coji alb-argintii.

## **ACNEEA**

Din când în când majoritatea tinerilor sunt afectați de acnee; din totalul populației cu vârste cuprinse între 25 și 44 de ani, 12% dintre femei și 3% dintre bărbați suferă de acnee. Aceasta constă în inflamația, respectiv modificarea patologică a glandelor sebacee, care se caracterizează prin obstrucționarea secreției de sebum (înfundarea ductului excretor al glandelor sebacee) și, totodată, prin producția sporită a acestuia.

Acneea prezintă o componentă genetică și nu se manifestă înainte de vârsta pubertății, când glandele sebacee ajung la maturitate și când activitatea acestora este stimulată de hormonii sexuali masculini. Simptomele constau în apariția unor coșuri, a unor noduli inflamatori și purulenți și, pe alocuri, a unor abcese care se extind cu precădere la nivelul feței și a spatelui și care se vindecă sub forma unor cicatrici. 90% dintre tineri suferă de acnee, din rândul cărora femeile aflate la sfârșitul decadei de douăzeci de ani sunt cele mai afectate, tendința acestora de a dezvolta afecțiunea aflându-se în creștere.

## **DERMATITA DE CONTACT**

Dermatita de contact, care apare la circa 1 până la 2% din populație, reprezintă o reacție de hipersensibilitate la metale, bijuterii neprețioase (de ex., nichel), cosmetice, medicamente sau substanțe chimice. Se manifestă sub forma unor eczeme care supurează, bășici, inflamații sau prurit, care apare la nivelul zonelor de contact cu alergenul, îndeosebi pe mâini și pe față. Inflamația pielii are o evoluție cronică și are ca urmare îngroșarea pielii.

## **URTICARIA**

De urticarie suferă 1 până la 4% din populație, iar aceasta se manifestă la 10 până la 15% dintre oameni cel puțin o dată în viață. Semnele acesteia sunt: apariția unor

leziuni însoțite de înroșirea pielii. De fapt, este vorba despre un edem al dermului, deci despre o acumulare de lichid. Leziunile de urticarie provoacă mâncărime sau senzația puternică de arsură, îndeosebi la nivelul trunchiului. Datorită faptului că edemul se află la nivelurile mai profunde ale pielii, cel mai adesea se ajunge mai degrabă la frecarea sau descuamarea leziunilor decât la scărpinare. Acesta este și motivul pentru care, în ciuda senzației puternice de mâncărime, nu vor apărea zgârieturi la nivelul pielii.

## **HERPESUL**

Herpesul simplex labial și genital reprezintă o infecție virală în zona bucală sau genitală care se caracterizează prin apariția unor vezicule care provoacă inițial mâncărime, iar ulterior devin dureroase și se umplu cu lichid. Veziculele herpetice reapar apoi la intervale de timp regulate sau neregulate. De la prima senzație de mâncărime și până la vindecare trec 8 până la 10 zile. Transmiterea are loc în mod direct, ca urmare a săruturilor sau a contactului sexual. Majoritatea oamenilor se infectează deja din copilărie. Mai mult de 90% dintre adulți sunt purtători ai virusului herpetic, iar bășicuțele apar de obicei atunci când corpul, din diverse motive, este supus la stres sever, iar sistemul său imunitar este slăbit.

## **LICHENUL PLAN**

Lichenul plan este o afecțiune infecțioasă cronică, având o evoluție episodică, ce afectează pielea și mucoasele și apare relativ des, în cazul a 1% din populație. Caracteristice sunt: numeroase leziuni mici, roșiatice sau brune (papule) care prezintă o rețea albicioasă pe suprafață și care apar la nivelul încheieturii mâinii, în regiunea gambelor, gleznelor și picioarelor. Modificările de la nivelul pielii sunt însoțite de grade diferite de intensitate a senzației de mâncărime. În

afara pielii, simptomele se pot manifesta și la nivelul mucoaselor (gură și zona genitală).

## **VITILIGO**

Vitiligo se manifestă prin pierderea de pigmenti, mai precis a pigmentilor produși de organism. Îndeosebi la nivelul mâinilor, al feței și al trunchiului se formează pete albe pe piele, existând posibilitatea ca până și părul de la nivelul zonelor respective de piele să încărunțească. Aspectul „împestrițat” poate avea un impact important în plan psihic.

## **COLAGENOZELE**

Denumirea de „colagenoză” este una generală și se referă la diferite boli de piele care determină modificări sistematice ale țesuturilor conjunctive. Cele mai

cunoscute forme sunt lupusul eritematos, care determină modificări caracteristice la nivelul pielii, încheieturilor și organelor interne, și sclerodermia, care se manifestă prin apariția la nivelul vaselor sangvine, al articulațiilor și al pielii a unor leziuni cutanate groase sau fibroase, prin unele modificări pigmentare, precum și unele întăriri tegumentare sau țesut mort.

## **BOLILE DE PĂR**

În cazul bolilor de păr, în special în cazul căderii de păr difuze sau în forma unor plăci circulare, pe lângă factorii ereditari și organici, sunt luate în considerare și aspecte psihosomatice precum cele referitoare la expunerea îndelungată la stres emoțional.

Căderea părului în plăci circulare (alopecia areata), care se manifestă în cazul a 0,3% din populație se referă la căderea părului capilar de la nivelul unor zone circulare, bine delimitate și, parțial, a părului de la nivelul altor zone ale corpului. Căderea părului se produce adesea

concomitent la nivelul mai multor zone ale corpului. Simptomele se pot remite în mod spontan, fiind posibil să reapară ulterior. Boala are legătură cu procesele autoimune din organism, ale căror cauze sunt încă necunoscute, dar poate fi agravată ca urmare a perioadelor lungi de stres.

În general, sunt recunoscute consecințele psihice și sociale care apar ca urmare a acestei probleme și cu care se confruntă mulți oameni atunci când suferă de căderea prematură a părului sau cu căderea părului care apare ca și consecință a unei boli sau a unui tratament.

## **ABORDĂRI PSIHOSOMATICE**

### **FACTORI PSIHOLOGICI**

Factorii psihologici implicați în apariția bolilor de piele pot fi discutați numai în conexiune cu cauzele organice ale acestora. Cauzele organice ale majorității bolilor de piele se bazează în principiu pe mecanisme imunologice; acestea, la rândul lor, sunt consecința unei predispoziții ereditare a persoanelor afectate la manifestarea unor reacții alergice. În cazul anumitor boli de piele infecțioase cronice precum neurodermatita, urticaria și dermatita de contact sunt prezente reacții de intoleranță (alergii), deci o sensibilizare la antigeni care în mod normal nu este dăunătoare organismului.

În cazul a numeroase boli de piele apare următorul cerc vicios: inițial sunt îndepărtate diferite leziuni tisulare prin procese care în sine sunt de vindecare, dar mecanismele inflamatorii care se activează determină însă ca, în același timp, să apară și modificări cronice la nivelul pielii (precum dilatarea și permeabilitatea crescută a vaselor sangvine, scurgerea de lichid tisular, infiltrarea unor celule inflamatorii). Infecțiile care se declanșează prin transmisia directă au un rol hotărâtor în cazul virusilor herpes simplex. Mecanismele autoimune provoacă la rândul lor afecțiuni dermatologice, precum alopecia areată și sclerodermia.



Multe dintre ipotezele elaborate de-a lungul mai multor decenii cu privire la legăturile dintre piele și psihic pot părea plauzibile la prima vedere, dar nu se dovedesc adevărate în urma verificării științifice. Cercetările științifice nu au putut încă stabili clar conexiunea dintre bolile de piele și factorii psihologici, care în literatura de popularizare este presupusă ca fiind de la sine înțeleasă și care adesea este prezentată ca atare. Anumite trăsături de personalitate precum anxietatea crescută sau depresivitatea constituie mai degrabă consecințe decât cauze ale bolilor de piele și pot influența în mod negativ evoluția bolii. Nu putem vorbi nici despre anumite trăsături de personalitate specifice și nici despre anumite structuri familiale care ar determina apariția bolilor de piele.

Senzația de mâncărime constituie totuși un factor-cheie care favorizează boala, întrucât întreține o neurodermatită sau anumite alte boli de piele în care apare pruritul simptomatic. Deoarece în cazul persoanelor afectate apare scărpinatul, acesta are ca efect diminuarea pe termen scurt a mâncărimii. În același timp însă, din cauza leziunilor care apar la nivelul pielii, are loc și o scădere atât de drastică a pragului de sensibilitate la mâncărime, încât aceasta re apare, fiindu-i aplicat

un „tratament” de scărpinare intensificat — iată un cerc vicios fatal! În urma pruritului apar inflamațiile, desfigurările și asprirea pielii care sporesc șansele de a se afla în vizorul social. Pruritul poate apărea nu numai din cauza mâncărimii, ci poate fi determinat și de situații sociale stresante, tensiune mentală, supărare, plictiseală, situații de așteptare și momente de adormire. Adesea mâncărimea este percepută la trecerea de la o stare de tensiune la una de liniște. Multe persoane care suferă de afecțiuni cutanate se scarpină însă și în timpul somnului, fără a percepe în mod conștient acest lucru. Pruritul fără mâncărime („scărpinatul de stres”) este expresia unei stări de tensiune emoțională. Factorii declanșatori sunt reprezentați de emoții precum furia, supărarea și agitația.

Aspectele psihosomatice ale tulburărilor dermatologice pot fi privite drept posibile cauze psihologice și/sau consecințe ale simptomelor. Factorii psihologici pot declanșa, întreține și agrava afecțiunile

cutanate. De o importanță deosebită sunt evenimentele critice de viață, stresul sporit și factorii stresori cronici corelați cu factorii genetici și constituționali. În cazul pacienților cu neurodermatită, psoriazis, urticarie, infecții herpetice și alopecie areată, înainte de declanșarea bolii sau a unui episod al bolii, au fost identificate evenimente stresante, care au determinat schimbarea vieții acestor pacienți. În plus, în cazul pacienților cu neurodermatită și urticarie, solicitările cotidiene s-au asociat cu agravarea simptomatologiei la nivel cutanat, îndeosebi cu senzația de mâncărime.

Stresul psihic determină o reacție imunologică intensă. Conform celor mai recente cercetări științifice, stresul sever și cronic determină o tulburare a celulelor imune de la nivelul pielii, care apoi eliberează cantități sporite de substanțe ce determină inflamația. Această tulburare este cauzată pe de-o parte de eliberarea hormonilor de stres în circuitul sangvin, pe de altă parte de eliberarea de substanțe inflamatorii de la nivelul terminațiilor nervoase ale pielii. În cazul afecțiunilor cutanate infecțioase cronice, stresul determină, prin intermediul anumitor mecanisme, dereglarea sistemului imunitar al pielii, în special a mastocitelor. Practic, în cazul tuturor afecțiunilor dermatologice, indiferent de cauzele acestora, este valabil faptul că acestea se vindecă cu dificultate atunci când există o slăbire a sistemului imunitar ce se datorează stresului.

Factorul stresor diferă de la persoană la persoană și poate veni din: furie, depresie, presiunea timpului, stres familial sau profesional; acestea pot în egală măsură determina slăbirea sistemului imunitar, sporind șansele de apariție a

bolilor infecțioase, a herpesului bucal și a erupțiilor cutanate. Anxietățile sociale și deficitul de socializare pot agrava bolile de piele atunci când persoanele afectate nu reușesc să se impună în relația cu alte persoane și nu reușesc să refuze îndeplinirea unor sarcini pe care le detestă.

Afecțiunile vizibile ale pielii, mâncărimea permanentă și pruritul care apare în consecință pot avea o influență atât de mare asupra stării de bine psihice și sociale, precum și asupra aspectului fizic încât

generează frică, stimă de sine scăzută, depresie și retragere socială. Acesta este un cerc vicios, întrucât o depresie severă conferă în plus pielii un aspect palid și neatrăgător! Bolnavii cu afecțiuni cutanate adesea se simt total neajutorați cu privire la evoluția neprevăzută și incontrollabilă a bolilor, fapt care le provoacă suferință și îi determină să dezvolte o atitudine anxioasă și o permanentă stare de tensiune interioară. Stresul generat de boală poate apoi să agraveze afecțiunea cutanată. Stima de sine negativă și încrederea în sine scăzută a bolnavilor de piele se reflectă și în faptul că printre tinerii care suferă de acnee severă, rata șomajului este mai ridicată decât în cazul tinerilor sănătoși de aceleași vârste. Atunci când au coșuri sau erupții cutanate, mai ales adolescenții pot deveni extrem de neîncrezători în ei înșiși, ceea ce va avea repercusiuni și asupra statutului lor social, deoarece în adolescență aspectul exterior este mult mai important pentru menținerea unei stime de sine crescute decât la vârste mai înaintate.

În cazul neurodermatitei, oamenii de știință au renunțat la modelele explicative exclusiv psihologice ale bolii, însă acestea sunt utilizate în continuare în literatura de popularizare. Cei mai frecvenți factori psihogeni par să fie evenimentele critice de viață, stresul psihosocial și problemele de cuplu. În cazul copiilor, climatul familial nefavorabil ar putea avea un rol important. Adesea, depresia și tulburările anxioase apar ca urmare a bolii. Psihanalistul F. Alexander, care consideră neurodermatita ca fiind una dintre tulburările psihosomatice clasice, presupune că în cazul persoanelor afectate este vorba despre o agresivitate reprimată, interpretând pruritul ca pe o expresie a autopedepsirii, respectiv a satisfacerii unor impulsuri masochiste. Explicația psihanalitică adesea uzitată cu privire la existența unei relații disfuncționale mamă–copil (în special referitoare la respingerea copilului de către mamă) nu este susținută de către cercetările științifice actuale și discriminează multe mame care adesea sunt extrem de solicitate.

În cazurile psoriazisului vulgar (cu plăci), stresul și suferința emoțională

determinate de accidente, războaie, moartea unei persoane apropiate sau frica de examen pot cu adevărat să declanșeze recidive ale bolii. Chiar și în lipsa factorilor stresori psihosociali, persoanele afectate au parte de un nivel crescut de suferință, ca urmare a faptului că pielea are un aspect anormal evident. Un mod inefficient de gestionare a bolii poate agrava apariția psoriazisului, putând determina declanșarea unor recidive din ce în ce mai frecvente și având grade sporite de severitate.

În cazul acneei vulgare, stresul și agresarea permanentă a pielii („extracția” coșurilor) pot determina o agravare a afecțiunii. Acneea care apare la vârsta pubertății, a cărei consecință constă în scăderea stimei de sine la adolescenți, poate determina frecvent anxietatea socială sau reacțiile depresive.

În cazul urticariei, în special în forma ei cronică, factorii psihici care dețin un rol în declanșarea afecțiunii par să fie factorii stresori; în plus, manifestarea îndelungată a simptomelor poate favoriza prezența dispoziției depresive.

În situația dermatitei de contact, adesea sunt prezente tendințe agresive accentuate, precum și tulburări depresive sau anxioase.

În cazul herpesului, factorii emoționali precum stresul sau scârba pot accentua simptomatologia, acest lucru fiind favorizat de un răspuns imun redus.

În cazul lichenului plan au fost descriși diverși factori declanșatori psihici, precum și dificultăți evidente cu privire la gestionarea în mediul psihosocial a acestei afecțiuni. Stresul psihic poate determina declanșarea unei recidive.

În situația unei treimi din cazurile de vitiligo, stresul constituie factorul declanșator.

Colagenozele — precum sclerodermia și lupusul eritematos — pot, în anumite cazuri, să fie influențate de evenimente critice de viață și determină adesea pierderea speranței, declanșarea depresiei, a unor

simptome accentuate de durere și, în funcție de gradul de severitate al bolii, deprecierea evidentă a nivelului de calitate a vieții.

## **ASPECTE TERAPEUTICE**

În tratamentul psihologic și psihoterapeutic al persoanelor care suferă de boli de piele, este important ca, în primul rând, să fie identificate emoțiile, comportamentele, evenimentele și contextul de viață care contribuie la declanșarea, agravarea sau ameliorarea bolii de piele. În următoarele etape ale terapiei, există diferite moduri de abordare care însă nu sunt utilizate numai în cazul bolilor de piele: psihoeducație (educarea pacienților prin transmiterea de informații referitoare la boală

și la tratamentul acesteia), tehnici de gestionare a stresului, tehnici de relaxare (training autogen, relaxare musculară progresivă, tehnici de respirație), tehnici de biofeedback, exerciții de imaginerie (vizualizarea unor imagini mentale ale procesului de vindecare), hipnoză, modificarea tiparelor cognitive, tehnici de gestionare a problemelor, precum și intervenții de cuplu și de familie. Prin intermediul tehnicilor de relaxare și deprinderea unor noi convingeri, persoanele afectate învață să își reducă stările de tensiune, să-și sporească stima de sine, să-și accepte corpul și să renunțe la a-și fixa atenția în mod exagerat și exclusiv asupra stării pielii. Deficitele sociale pot fi reduse prin intermediul jocurilor de rol și prin educarea competențelor sociale.

În general, în situația afecțiunilor cutanate se recomandă o atitudine rezervată cu privire la posibilitățile terapeutice, întrucât aceste boli adesea au o evoluție cronică, sunt incurabile și determinate de factori multipli. De obicei este vorba „doar” despre ameliorarea disconfortului, prevenirea unei agravări, sporirea stimei de sine și evitarea sau reducerea reacțiilor anxioase și depresive. Dacă în trecut singurul scop al terapiei îl constituia elucidarea posibililor factori psihologici declanșatori, în prezent preocuparea principală o reprezintă gestionarea mai eficientă a bolii. Așadar, accentul psihologic s-a deplasat mai mult dinspre aspectele psihosomatice

asupra celor somatopsihice pentru a ameliora astfel calitatea vieții persoanelor afectate. Nici intervențiile medicale și nici cele psihoterapeutice nu pot determina vindecarea completă a bolii, însă acestea pot contribui la o ameliorare semnificativă a acesteia.

În plus, în terapia cazurilor de neurodermatită, înainte de a investiga care sunt factorii stresori de natură psihologică și modalitățile mai eficiente de gestionare ale acestora, de o importanță deosebită este stoparea prin intermediul unor strategii adecvate a unor comportamente agravante precum scărpinatul, frecatul sau a altor moduri de intervenție asupra pielii.

## CÂND FEMEILE SUFERĂ DE PROBLEME SPECIFICE

*Femeia este — ca și bărbatul — o ființă înrădăcinată în natură; dar este, mai mult decât bărbatul, aservită speciei.*

SIMONE DE BEAUVOIR (*Al doilea sex*)

## **DISCONFORTUL ABDOMINAL CRONIC — AMELIORARE APROAPE INSESIZABILĂ ÎN URMA OPERAȚIEI**

*Doamna Weber are 35 de ani, este măritată, are doi copii și este angajată cu normă întreagă ca graficiană într-o agenție de publicitate. De cinci ani, ea suferă de disconfort abdominal cronic. Durerile sunt atât de puternice, încât ea își dorește neapărat ca uterul să-i fie îndepărtat, deși medicii, în urma a două operații laparoscopice, nu au putut stabili nicio cauză organică. Ea este ferm convinsă de faptul că toate problemele ei s-ar putea rezolva în urma unei operații și respinge recomandarea de a urma o psihoterapie, deoarece pretinde că nu este nebună. În realitate însă, doamna Weber are nenumărate probleme de natură psihosocială: un loc de muncă stresant, care o solicită la maximum; un bărbat care de șapte ani abuzează în mod considerabil de alcool și care, din când în când, o și bate; o mamă care în urma decesului tatălui, care a survenit cu cinci ani în urmă, își dorește ca ele să petreacă frecvent timp împreună; o fată care are*

*probleme școlare și are legături cu un anturaj în care se consumă droguri.*

## **„NU FI ATÂT DE ISTERICĂ”: PROBLEMELE SPECIFIC FEMININE ȘI PSIHICUL**

În trecut, numeroase probleme specific feminine erau catalogate drept „isterice”, continuând uneori și în prezent să fie considerate astfel, ba chiar calificate drept „închipuite”. În prezent, din schema actuală de diagnostic a fost exclusă denumirea de „isterie”, întrucât aceasta a căpătat valențe de desconsiderare a femeilor din partea bărbaților. Acest „diagnostic” are un fundal istoric specific.

„Isteria” face referire la cuvântul grecesc *hystera* = uter, aceasta fiind în trecut considerată o boală exclusiv feminină. Vechii greci și romani vorbeau despre existența unui uter „uscat”, adică a unui uter care migrează prin propriul corp și care, dacă nu are parte de „umezeală” (prin sarcină), poate cauza anumite anomalii fizice și psihice feminine. Pornind de la cuvântul de proveniență greacă *hystera*, Sigmund Freud a denumit o întreagă grupă de tulburări neorganice drept „isterie” sau

„nevroză isterică”, considerând că singura cauză a acestora o constituie conflictele psihice de natură sexuală.

Interacțiunile dintre corp, psihic și contextul de viață social, cultural și economic continuă să se manifeste în mod specific în cazul femeilor din prezent ca și în al celor din trecut. Sănătatea feminină este în principal și în mare măsură determinată de modul normal sau dereglat în care se desfășoară procese fiziologice precum pubertatea, ciclul menstrual, sarcina, nașterea, perioada postpartum și menopauza. Tulburările de dispoziție trecătoare, cum sunt cele specifice celor câteva zile dinainte de menstruație sau din perioada de instalare a menopauzei, nu constituie stări patologice, ci normale, fiind necesare îngrijiri numai atunci când în mod subiectiv este perceput un grad înalt de suferință care are drept consecință

reducerea activităților sau afectarea capacității de funcționare socială și profesională.

Pe lângă particularitățile fizice și biologice, mecanismele de control hormonal ale corpului feminin și modificările determinate pe această cale în ciclul de viață feminin, există anumiți factori legați de viața de cuplu, familială și socială care pot favoriza apariția unor afecțiuni. Solicitățile multiple legate de menaj, creșterea copiilor și în același timp desfășurarea activității profesionale constituie un factor de risc considerabil pentru instalarea unei stări temporare de epuizare psihică și fizică sau pentru instalarea unei tulburări psihiatrice sau psihosomatice de durată — în special atunci când nu există sprijinul partenerului de viață și când există o situație nesatisfăcătoare la locul de muncă sau un grad înalt de perfecționism („Trebuie să fiu peste tot perfectă — ca soție, mamă și profesionistă”). Desigur că atunci când dificila armonizare a vieții profesionale cu viața de familie decurge bine și este lipsită de stres, acest lucru are un efect pozitiv asupra sănătății și stimei de sine a femeii.

Este esențial să fie subliniat faptul că, pe viitor, la investigarea stării de sănătate a populației adulte va fi necesar să fie abordate într-o manieră exhaustivă aspecte specifice de gen. Comparativ cu bărbații, femeile se plâng mult mai des de tulburări psihosomatice precum amețeala, cefaleea sau tulburările gastrointestinale, dezvoltă de două până la trei ori mai frecvent tulburări psihice precum tulburările anxioase și depresive, iar în privința tulburărilor alimentare ele dețin un procentaj de 95%. Atunci când au disconfort fizic sau psihic, femeile consultă mult mai repede și mai frecvent un medic, iau de două ori mai frecvent medicamente psihotrope cum sunt calmantele, somniferele, antidepresivele și analgezicele (iar

numărul femeilor, în fiecare grup de consumatoare în parte, crește odată cu înaintarea în vârstă), se află mai des în concedii medicale, se duc mult mai frecvent la psihoterapie și urmează în număr mai mare un tratament staționar psihiatric sau psihosomatic.

Cele două sexe se deosebesc și în privința convingerilor referitoare la starea de sănătate și boală: femeile au mai degrabă o înțelegere



unitară asupra stării de sănătate, în care accentul cade pe întregul lor context de viață atunci când stabilesc conexiunea între propria stare fizică și starea de bine; pe de altă parte, bărbații definesc sănătatea prin absența bolii și prin capacitatea de a fi activi. Din pricina înțelegerii lor unitare asupra bolilor, femeile vorbesc mult mai adesea decât bărbații în cabinetele medicilor despre situații stresante psihosociale pe fundalul cărora s-au dezvoltat suferințe cronice, astfel încât acestora li se prescriu mai des medicamente psihotrope decât bărbaților care descriu suferințe similare. Diferențe specifice fiecărui gen pot fi identificate și în tipurile de diagnostic medical: simptome și afecțiuni care în mod obiectiv sunt similare vor fi diagnosticate în cazul femeilor ca fiind mai curând de natură psihosomatică, iar în cazul bărbaților, ca fiind mai degrabă de natură organică.

Afecțiunile ginecologice au o mare influență asupra calității vieții femeilor. Printre cele mai frecvente probleme de sănătate se numără afecțiunile și suferințele benigne ale organelor genitale feminine. Cel mai adesea, femeilor li se recomandă concedii medicale pentru inflamații ale ovarelor, trompelor uterine, pelvisului sau pentru dereglări de ciclu menstrual. Fiecare a zecea femeie este afectată de cancer la sân — fiind cunoscute consecințele dure ale acestei realități asupra încrederii de sine a femeii afectate.

Pensionările anticipate pe caz de boală sunt mai frecvente în cazul femeilor (1,2%) decât în cazul bărbaților (0,98%). Cu o cotă de 23,7%, tulburările psihice constituie prima cauză pentru pensionările anticipate în rândul femeilor (la bărbați cota este de 14%); de abia pe locul al doilea urmează durerile de spate cu 15,8%, în timp ce, în cazul bărbaților, acestea se situează pe primul loc cu 17,4%.

Pornind de la exemplul perioadei de menopauză, poate fi pusă în contrast abordarea strict biologică practică în trecut cu privire la această etapă de viață cu viziunea mai nouă asupra ciclului de viață feminin, cu accente psihosociale mai pregnante. Perioada de climacteriu începe odată cu menopauza (ultima menstruație spontană, după cel puțin un an de amenoree). Concomitent cu modificările

hormonale, apar diferite simptome somatice și psihice: bufeuri, transpirație rece, uscăciune vaginală, creșterea apetitului alimentar urmată de creșteri în greutate, cefalee de tip tensional, dificultăți de respirație, incontinență urinară de stres, migrene, amețeli, tulburări de somn, diminuarea încrederii în sine, tulburări de concentrare. Simptomul principal îl constituie bufeurile și transpirația, care apar în cazul a 85% dintre femei. Carența de estrogen are ca urmare îngustarea și uscăciunea vaginului. În timpul acestor modificări corporale, apare adesea lipsa libidoului și/sau dureri în timpul contactului sexual. Spre deosebire de trecut, când exista o abordare medicală dintr-o perspectivă patologică a menopauzei, în prezent schimbările hormonale sunt privite ca reprezentând o fază naturală în viața unei femei. Atunci când există suficiente resurse, această etapă poate fi gestionată cu succes. Sindromul menopauzei poate fi accentuat în mod considerabil atunci când se produc schimbări în mediul social. Asumpția frecventă cu privire la tendința de a dezvolta o depresie cu cauze hormonale în perioada menopauzei („depresie climacterică”) nu este susținută de cercetările științifice. Răsturnările care se produc în planul vieții sociale (mutarea copiilor, pierderea partenerului ca urmare a divorțului sau decesului) sunt cele care favorizează mult mai mult apariția unei depresii.

Trăirile pozitive și negative din corpul femeii și succesiunile de reacții în plan sexual sunt profund amprentate de experiențele de abuz fizic și sexual din casa părintească sau din propria familie. 18% dintre femeile cu vârste cuprinse între 16 până la 60 de ani trăiesc abuzuri în familie; fetele sunt de trei ori mai frecvent abuzate sexual decât băieții. Violența sexuală și fizică determină adesea dezvoltarea unor tulburări psihice și psihosomatice, fapt care este prea puțin luat în considerare în practica clinică, deși în prezent există o mai bună cunoaștere în această privință.

Idealul unei siluete feminine suple promovat de societate, factorii de educație și conflictele identitare ale multor femei favorizează apariția tulburărilor alimentare, în special a frecvent întâlnitei bulimii. Circa 40% dintre tinerele fete și femei cu vârste cuprinse între 14 și 19 ani se simt prea grase — astfel, literalmente, ele nu se simt bine în propria lor piele!

Dorința neîmplinită de a avea un copil sau o sarcină nedorită au și în prezent un impact negativ asupra multor femei, deși medicina modernă dispune de multiple posibilități. Aproape fiecare al cincilea cuplu prezintă infertilitate; aceasta declanșează adesea simptome somatopsihice considerabile, cum sunt lipsa

libidoului sau dispoziția depresivă. La femei, infertilitatea care nu are cauze organice poate fi determinată de creșterea nivelului de prolactină ca urmare a stresului sau a unei depresii. Metodele moderne ale medicinei reproductive constituie pe de o parte o binecuvântare, pe de altă parte însă un motiv de stres psihologic pentru ambii parteneri. O „fecundare artificială” eșuată reprezintă o dezamăgire profundă pentru fiecare femeie, a cărei speranță de a avea un copil părea realizabilă cel puțin pe această cale. În ciuda numeroaselor mijloace contraceptive, continuă și în prezent să existe riscul sporit pentru o sarcină nedorită. Aceasta devine un motiv de stres în special atunci când tatăl copilului solicită o întrerupere de sarcină împotriva voinței femeii, ea supunându-se intervenției, dar neputând ulterior să gestioneze această situație.

Pierderea unui copil, ca urmare a unei întreruperi de sarcină, a unui avort spontan sau a decesului copilului la naștere, e gestionată în mod diferit de femei și determină, în consecință, apariția unor probleme considerabile: în cazul avorturilor spontane sau a decesului copilului apar reacții depresive sau frici ulterioare legate de faptul că incidentul neplăcut s-ar putea repeta, iar în cazul întreruperii de sarcină apar sentimente puternice de vinovăție. În cazul avortului spontan poate fi vorba și despre anumiți factori psihosociali care se constituie drept cauză a acestuia, în special despre diferite forme de stres (în cuplu, în familie, în profesie, în alte situații de viață), dar și despre lipsa sprijinului din partea mediului social. Decesul copilului la naștere reprezintă pentru o femeie un motiv deosebit de stres, în special atunci când aceasta nu beneficiază îndeajuns de suport social. În cazul decesului copilului la naștere, femeile aflate în această situație reacționează nu numai cu imensă tristețe, dar și cu sentimente de vină și rușine, începând a se îndoii cu privire la capacitatea lor de a mai da naștere pe viitor unui copil sănătos și dezvoltând uneori probleme legate de identitatea lor feminină.

Puterea psihicului asupra corpului femeii se poate observa în două fenomene uimitoare care țin de sarcină.

Fenomenul rar întâlnit al sarcinii false se referă la o stare de graviditate imaginară, care apare atunci când dorința de a avea un copil nu este îndeplinită și care are aceleași semnalmente ca o sarcină reală: amenoree, creștere în greutate, poftă culinare neobișnuite, stare de greață dimineața, creșterea dimensiunii abdomenului (chiar dacă aceasta este din cauza balonării, peretelui abdominal lăsat sau a altor factori), creșterea dimensiunii sânilor cu prezența lactației, ba chiar contracții și

aparente mișcări ale fătului. Fundalul psihologic este de înțeles: există fie o dorință foarte puternică de a avea copii — în special în cazul femeilor mai în vârstă —, fie este vorba despre procesarea plină de vinovăție a unui avort, sperând ca, prin intermediul unei noi sarcini, să se obțină o îndreptare a situației. Nu sunt rare cazurile în care anumite condiții psihice și sociale intensifică dorința de a avea un copil.

Termenul de sarcină „refulată” se referă la situația extrem de rar întâlnită în care o femeie nici măcar nu percepe faptul că este însărcinată, iar într-un caz extrem devine conștientă de existența sarcinii de-abia cu ocazia nașterii. În majoritatea cazurilor, aceste femei ajung în această situație datorită resemnificării simptomelor caracteristice sarcinii (de ex., confundă sarcina cu o tulburare funcțională gastrointestinală ca, de exemplu, balonarea) sau datorită prezenței unei menstruații false, semn interpretat drept dovadă a absenței unei sarcini. În cazul unor mame foarte tinere, adesea a fost identificată convingerea că nu pot rămâne însărcinate la această vârstă tânără.

Nu sunt rare cazurile în care aceste acuze specific feminine apar asociate cu diferite tulburări psihice, în special cu depresiile, manifestându-se următoarele simptome caracteristice: lipsa libidoului, frigiditatea, secrețiile vaginale, uscăciunea mucoasei vaginale, durerile la contactul sexual, disconfortul în zona genitală, durerile menstruale și chiar dispariția menstruației.

**Tabelul 10:** Afecțiuni ginecologice relevante din punct de vedere psihosomatic

## **TULBURĂRILE FUNCȚIONALE**

### **MÂNCĂRIMILE GENITALE**

Mâncărimile genitale fără cauze organice apar la circa 15% dintre femei. Din cauza scărpinatului se ajunge adesea la durere, însoțită de senzația de arsură, care apare mai ales după micțiune, contactul sexual sau introducerea de tampoane în vagin. Simptomele de mâncărimă și de durere pot afecta în mod negativ viața sexuală. Uneori apar și dureri cronice în zona organelor genitale externe (senzații de arsură, de usturime, de sfâșiere, senzația de durere). Aceste simptome au legătură exclusiv cu tensiunea emoțională.

### **SECREȚIILE VAGINALE**

Secrețiile vaginale constau în prezența în exces a unor produse lichide al căror colorit, consistență și miros diferă. Atunci când factorii organici se exclud, este vorba despre secreții psihogene care de obicei apar datorită activării sistemului nervos simpatic ca urmare a stresului.

### **DURERI PELVINE CRONICE LA FEMEI**

Fiecare a zecea pacientă care se prezintă în cabinetele medicale ginecologice germane este diagnosticată cu o astfel de afecțiune. De dureri pelvine cronice suferă în principal femeile cu vârste cuprinse între 20 și 40 de ani, deci femei aflate la vârsta reproductivă. Semnele distinctive ale acestor afecțiuni sunt reprezentate de durerile la nivel genital și pelvin care depind de perioada ciclului menstrual și nu pot fi (suficient) explicate prin intermediul cauzelor organice. Durerile pelvine acute sunt însoțite de leziuni ale țesutului, acest lucru însemnând că aceste afecțiuni au un caracter organic.

Durerile pelvine cronice care nu au cauze organice durează cel puțin șase luni, apar brusc sau sunt percepute în mod continuu la intensități diferite, au ca simptom cardinal durerile care se manifestă la nivel genital sau lombar care sunt presante, iradiază la nivelul altor zone sau se manifestă sub forma unor crize. De regulă, acestea se manifestă însă sub forma unor dureri relativ difuze care nu au o localizare precisă (aceasta însemnând că nu există un punct central al durerii) și cuprind întreaga porțiune inferioară a pelvisului sau numai zona ovarelor și a trompelor uterine. Uneori acestea iradiază până la nivelul extremităților și se asociază cu simptome precum dureri de spate, dureri de cap, amețeli, fluctuații și tulburări ale circulației sangvine (mâini și picioare reci), secreții, diaree, constipație, intestin iritabil, urinare dificilă sau dureroasă, dureri în proximitatea cicatricilor unor

operații, modificări ale glandelor mamare, tulburări sexuale precum lipsa libidoului și lipsa lubrifierii genitale. Oboseala, precum și alte simptome psihovegetative adesea se pot pune în legătură cu anumite tulburări psihice îndeosebi cu depresiile, stările anxioase, tulburările de stres posttraumatic și tulburările hipocondriace.

În lipsa unor alte explicații, medicii adesea pun durerile pe seama unor aderențe care s-au format la nivel abdominal. Femeile cu dureri pelvine cronice nu au însă mai multe aderențe și nici nu suferă de probleme mai mari în perioada ciclului menstrual decât alte femei. Cauzele organice care sunt eventual identificate nu explică în totalitate simptomatologia dureroasă. Pe termen scurt, operațiile pot să producă ameliorări ca urmare a efectului placebo, acestea neînălăturând însă pe termen lung disconfortul.

Cauzele și conexiunile care se pot stabili în cazul acestor afecțiuni sunt însă în mare măsură necunoscute. Adesea, persoanele afectate au suferit în trecut ca urmare a unor abuzuri fizice sau sexuale. Factorii cronici de stres (suprasolicitările sau experiențele de pierdere) ocupă un rol central și influențează starea fizică. Conform celor mai noi dovezi științifice, există o tulburare la nivelul sistemului hormonilor de stres, care se caracterizează — contrar așteptărilor — printr-un nivel scăzut al cortizolului, hormonul legat de stresul cronic.

Conform dovezilor de până în prezent, în cazul durerilor pelvine cronice fără cauze organice ar putea fi vorba despre o boală generată de stres (sindromul de suprasolicitare) ca și în cazul altor tulburări algice sau tulburări de stres posttraumatic. Majoritatea pacienților acuză un grad înalt de suferință și invocă adesea un model organic de explicare a bolii, astfel încât sunt frecvente cazurile în care la început admit cu greu abordările psihologice.

Din următoarele cifre, rezultă importanta semnificație psihosomatică a tabloului clinic: în SUA, din rândul a 5 000 de femei, la circa 16% dintre acestea este prezentă această simptomatologie; 10% dintre pacientele din ambulatoriu se prezintă la medicul ginecolog din cauza durerilor pelvine; la până la 40% dintre femeile cu dureri pelvine nu sunt identificate cauze organice; până la 90% dintre pacientele care se supun unei intervenții chirurgicale laparoscopice nu sunt identificate cauze organice; 20% dintre laparoscopii și 12% dintre histerectomii au loc ca urmare a durerilor pelvine. Adesea nu numai că se întreprinde în mod inutil o histerectomie, ci are loc și înlăturarea apendicelui după zicala „Ce nu mai ai nu te mai poate dura”. Conform unui studiu, femeile cu dureri pelvine cronice au fost

operate de cinci ori mai frecvent decât femeile din grupul de control.

## **AMENOREEA SECUNDARĂ**

Prin amenoree secundară se înțelege dispariția temporară a menstruației, care durează minimum trei luni, în condițiile în care greutatea corporală este una normală, iar nivelul de stres fizic este unul mediu. Amenoreea secundară apare la 1 până la 2% dintre femei și se poate datora următoarelor circumstanțe: situații extrem de stresante (război, viol, sport de performanță extrem de solicitant), situații conflictuale de natură psihosocială (pierderea securității, siguranței și căldurii, sentimentul de deznădăcinare, ambivalență cu privire la propria feminitate) și tulburări psihice grave (îndeosebi tulburări alimentare, depresive și anxioase). Factorii de stres pot determina o tulburare funcțională a hipotalamusului și prin intermediul proceselor hormonale să declanșeze o amenoree psihogenă. Mult

mai rar întâlnita amenoree primară (lipsa menstruației până la vârsta de 18 ani) este de natură psihogenă numai în cazul unei minorități (de exemplu, în situația unei anorexii severe) și constituie un indiciu al unei dezvoltări psihosexuale disfuncționale.

## **DISMENOREEA**

Dismenoreea se referă la menstruația extrem de dureroasă însoțită de crampe, dureri care iradiază la nivelul abdomenului inferior și care se asociază cu cefalee, grețuri, dureri de spate și irascibilitate. Durerile se instalează de regulă cu câteva ore înainte de declanșarea menstruației, ulterior se intensifică reducându-se apoi în decursul următoarelor două până la trei zile. Dismenoreea se declanșează în perioada de tinerețe sau de maturitate timpurie și poate fi adesea pusă în conexiune cu debutul sau insuficiența funcției ovariene. Modificarea pragului de percepție a durerii care are cauze hormonale poate avea, de asemenea, un rol important. Simptomele pot fi influențate în mod nefavorabil ca urmare a conflictelor psihice (probleme emoționale, probleme de asumare a rolului de tânără femeie, depresivitate și anxietate ușoară) și a factorilor de stres psihosocial. Prin intermediul hipofizei, care reprezintă principalul centru de control hormonal al organismului, stresul sever și tensiunea psihică pot determina perturbarea întregului circuit de reglaj hormonal al ciclului menstrual feminin.

## **VĂRSĂTURILE DIN PERIOADA SARCINII**

Vărsăturile din perioada sarcinii apar la 50% până la 70% dintre femei în primul trimestru de sarcină, iar în cazuri severe se asociază cu pierderi în greutate, deshidratare și dezechilibru electrolitic. În cazul anumitor femei, simptomatologia se

poate agrava din cauza unor probleme de natură psihică sau psihosocială, în special din pricina stresului.

## **TULBURĂRILE ORGANICE**



## **HEMORAGIILE ȘI TULBURĂRILE DE CICLU MENSTRUAL**

În cazul hemoragiilor și al tulburărilor de ciclu menstrual interacțiunea complexă dintre sistemul nervos central, hipotalamus, hipofiză și ovare este profund disfuncțională. În plus, pot contribui și factori psihosociali precum stresul, epuizarea sau dispoziția depresivă.

## **SINDROMUL PREMENSTRUAL**

Sindromul premenstrual apare la 30 până la 40% dintre femei, însă numai 2 până la 10% dintre acestea suferă de disconfort sever. Această tulburare, în cazul căreia nu apar modificări endocrinologice, dar pot fi dovedite componente genetice, se referă la numeroase probleme fizice și psihice care apar cu două până la zece zile înainte de menstruație: senzația dureroasă de tensiune la nivelul sânilor, crampele abdominale, starea de rău, balonarea, sentimentul de stomac prea plin, tendința accentuată de a dezvolta edeme din cauza retenției de apă, creșterea în greutate, apetitul crescut, durerile de cap, durerile lombare și de spate, amețeala, tulburările de somn, fluctuațiile de dispoziție, crizele de plâns, depresia, agresivitatea și frica. În ciuda binecunoscutelor concepții de sorginte psihanalitică (în viziunea cărora cauza ar fi probleme de natură sexuală sau de asumare a rolului de femeie), nu a putut fi dovedită existența unor factori declanșatori psihologici. În schimb, se manifestă adesea consecințe psihosociale precum problemele de cuplu sau restrângerea activităților sociale.

## **TRAVALIUL ȘI NAȘTEREA PREMATURĂ**

Un travaliu și o naștere care apar prematur pot avea legătură cu factori psihosociali precum stresul de la locul de muncă sau din cadrul familiei, dar în special cu problemele de cuplu, îndeosebi atunci când strategia de gestionare a acestor probleme a constatat în faptul că femeia a fumat mai mult. Există anumite dovezi științifice

care atestă existența unor conexiuni dintre nașterea prematură și situația de viață curentă, respectiv modul de gestionare a stresului.

## **TULBURĂRILE LEGATE DE PERIOADA DE LĂUZIE**

În perioada de lăuzie (primele șase săptămâni după naștere) apare chiar și în cazul femeilor sănătoase din punct de vedere psihic o stare de epuizare fizică și psihică, ale cărei caracteristici sunt: labilitatea emoțională, crizele de plâns, senzația generală de slăbiciune și epuizare fizică. Dacă prezintă această predispoziție, anumite femei pot dezvolta o depresie postpartum.

## **OPERAȚIILE GINECOLOGICE**

Aspectele psihosomatice („somatopsihice”) sunt importante și în cazul operațiilor ginecologice – în special în situația unui diagnostic de cancer. De regulă, extirparea unor organe importante, care au o încărcătură simbolică, așa cum sunt sânii, uterul sau ovarele, precum și existența unei operații la nivel genital sunt urmate de importante probleme psihice și psihosociale. Stima de sine, identitatea feminină și atractivitatea sunt profund afectate, iar cuplul și sexualitatea au și ele în mod frecvent de suferit. Acesta este motivul pentru care histerectomia trebuie să se producă numai ca urmare a unei indicații medicale foarte clare.

## **ABORDĂRI PSIHOSOMATICE**

### **FACTORI PSIHOLOGICI**

Problemele psihice și sociale se pot constitui drept cauze sau consecințe ale multor afecțiuni feminine. Sarcinile numeroase ale femeii, care sunt determinate de contextul social cum sunt profesia, gospodăria, creșterea și educarea copiilor și îngrijirea rudelor bolnave sau a celor care necesită îngrijire determină adesea probleme în

exercitarea acestor roluri și reacții de suprasolicitare. Acestea își găsesc expresia prin intermediul a numeroase afecțiuni psihice și psihovegetative, îndeosebi atunci când femeile nu au obținut în cursul socializării de gen suficientă încredere în sine și când au învățat să se raporteze prea mult în aprecierea de sine la valoarea pe care o aduc celorlalți. Unele femei ajung adesea în situații de suprasolicitare și din cauza încercării de a obține în toate domeniile cele mai bune rezultate și, deși temporar ele se retrag din profesie pentru creșterea copiilor, de a urma o carieră similară cu cea a bărbaților.

Faptul că, în comparație cu bărbații, în cazul femeilor există o rată mult mai ridicată de tulburări anxioase, depresive și somatoforme se datorează nu numai vulnerabilității biologice și hormonale sporite a acestora, ci și unor factori psihici și sociali. Femeile au reacții mai acute în fața problemelor de cuplu și de familie și dezvoltă în raport cu acestea mult mai frecvent decât bărbații tulburări psihice și psihosomatice. Din cauza contextului social și a realităților socioculturale, femeile nu au nici în prezent posibilități de autorealizare și de reușită în plan social similare cu cele ale bărbaților.

De asemenea, lipsa conștiinței proprii valori determină ca o femeie să fie expusă spre a dezvolta diverse tulburări psihice și psihosomatice. Importanța exagerată care se atribuie în prezent, în societatea noastră, imaginii exterioare a femeii favorizează, în lipsa siluetei ideale, disconfortul fizic și determină apariția unor tulburări alimentare precum bulimia.

## **STRATEGII TERAPEUTICE**

În cadrul psihoterapiei care se adresează femeilor care suferă de afecțiuni ginecologice relevante din punct de vedere psihosomatic se poate observa mai clar ceea ce este valabil pentru întregul domeniu al psihosomaticii: pot fi obținute succese stabile în tratament atunci când tratamentul nu se concentrează exclusiv asupra simptomelor, ci se orientează către întreaga ființă a pacientului și către contextul psihosocial al acestuia.

În funcție de fiecare situație în parte pot fi formulate diferite obiective centrale ale tratamentului psihoterapeutic: consolidarea stimei de sine feminine, optimizarea percepției asupra imaginii corporale, obținerea unei vieți sexuale împlinite, revizuirea comportamentului de rol, mai buna diferențiere față de alte persoane, gestionarea unor experiențe traumatizante, optimizarea relației de cuplu, restructurarea și redistribuirea diverselor sarcini în cadrul familiei, căminului, profesiei, integrarea și gestionarea unor operații necesare din motive de sănătate și a unor experiențe succesive de pierdere a unor organe feminine. Alte obiective pot fi: acceptarea anumitor modificări corporale și hormonale care apar ca parte a ciclului de viață, gestionarea unor crize emoționale determinate de perioada de sarcină și naștere, de hemoragii și tulburări de ciclu menstrual, de infertilitate, de fecundare artificială, de întreruperi de sarcină, de contracepție, precum și de abaterile semnificative de la imaginea ideală promovată de societate cu privire la aspectul fizic, siluetă și greutate corporală.

## CÂND URECHILE ȚIUIE

*„Iată, voi aduce asemenea nenorociri*

*peste locul acesta, că tuturor celor care le vor auzi*

*le vor vui urechile.”*

*Vechiul Testament, IEREMIA, 19:3*

## TINITUSUL — DISCOTECA DIN URECHE

*Domnul Kramer, 47 de ani, angajat în domeniul tehnic, suferă o pierdere a auzului, ca urmare a unei perioade mai îndelungate de stres. Dimineăța la trezire, el observă foarte speriat cum nu mai aude aproape deloc cu urechea stângă. Un tratament cu perfuzie pe care îl urmează la spital îi stimulează circulația sangvină și produce rapid o ameliorare. Rămâne însă cu un tinitus extrem de incomod și chinuitor care constă într-un țuiet extrem de puternic la nivelul ambelor urechi.*

*El simte o presiune foarte mare la nivelul capului, nu se poate concentra, în special atunci când se află în prezența multor oameni, evită de îndată toate zgomotele precum muzica, reuniunile și întâlnirile cu prietenii. Domnul Kramer se simte neajutorat cu privire la țiuitul din urechile sale, și cu timpul devine din ce în ce mai deprimat. Îi este teamă că va înnebuni în curând sau că își va produce vreun rău dacă va ajunge să nu mai suporte țiuitul. Cu excepția soției sale, se simte neînțeles de către toți ceilalți oameni, în special atunci când periodic nu merge la serviciu sau atunci când preferă să stea singur într-un birou decât să împartă biroul cu ceilalți colegi. Alte două vizite la alte spitale, unde i se administrează perfuzii și medicamente de stimulare a circulației sangvine, nu produc nicio ameliorare. În cele din urmă, după doi ani de frustrare, își pune ultima speranță în combinarea unei terapii de desensibilizare pentru tratarea tinitusului cronic, pe care o urmează sub supravegherea unui medic otorinolaringolog specializat, și a unei terapii comportamentale, sub supravegherea unui psihoterapeut.*

## **„A FACE PE SURDUL”: URECHILE ȘI PSIHICUL**

Prin intermediul urechilor ne parvin toate informațiile relevante din mediul înconjurător. Undele sonore ale unui sunet sau zgomot ajung la timpan, prin intermediul canalului auditiv extern, fiind transformate în vibrații. Acestea sunt transmise spre lanțul osicular al urechii medii și, apoi, prin intermediul unei membrane, către urechea internă. Urechea internă are forma unui melc și este umplută cu lichid. Undele care se formează la acest nivel mișcă cilia fini ai celulelor senzoriale, care la rândul lor transmit acum pe calea nervului auditiv un impuls electric către centrii nervoși specializați de la nivelul creierului. Aici impulsurile sunt recunoscute și transformate în percepție conștientă: auzi țipătul unui copil sau muzica unei piese cunoscute.

Atunci când percepem anumite zgomote ca fiind prea încete sau când nu le percepem aproape deloc, ne confruntăm cu hipoacuzie; atunci când percepem zgomotele ca fiind prea puternice, suferim de suprasensibilitate auditivă; atunci când zgomotele își au originea nu

În exterior, ci chiar în interiorul urechii, înseamnă că ne chinuie un foarte supărător tinitus.

Nu ne putem obișnui cu zgomotul excesiv de puternic, deoarece, pe termen lung, acesta nu produce decât o deteriorare la nivelul cililor sensibili ai celulelor senzoriale. Zgomotul se măsoară prin intermediul volumului în decibeli (dB). O valoare de peste 85 dB, la un timp de expunere zilnic de opt ore, pe parcursul mai multor ani, este considerat dăunător sănătății.

Zgomotul reprezintă un stres permanent pe care îl resimțim la nivelul capului, întrucât datorită secreției de hormoni acesta se păstrează într-o permanentă stare de alertă. Inima și circulația sanguină se activează, digestia se încetinește, sistemul imunitar este afectat. Zgomotul perturbă somnul și afectează performanțele intelectuale, întrucât capacitatea de concentrare are de suferit. În cel mai rău caz, se poate ajunge la depresie și tinitus (zgomote patologice resimțite la nivelul urechii). Gravidele, copiii, persoanele în vârstă și cele bolnave prezintă o sensibilitate sporită la zgomote.

Mulți oameni se folosesc de zgomot ca de un drog; aceștia chiar caută efectul de stimulare produs de hormonii de stres și transpunerea corpului în stare de alarmă. Însă zgomotul poate fi produs și cu scopul de a înlătura frica, de a evita o liniște care produce neliniște sau pentru a potența încrederea în sine prin intermediul intensității sunetului.

Prin intermediul urechilor suntem în permanent contact cu mediul înconjurător; putem închide ochii, însă nu și urechile — dacă nu ne folosim de mijloace tehnice ajutătoare. Ascultarea muzicii sau a vocii unei persoane iubite ne declanșează emoții. Muzica în ritmul bătailor inimii are un efect liniștitor.

Conexiunile strânse care se stabilesc între urechi și psihic, respectiv comportamentul interuman, se pot observa în multe expresii: suntem numai urechi, ne deschidem urechile, suntem cu urechile în patru. Dorim să cerem ascultare, ne dorim să ne facem auziți și dorim ca ceva să fie auzit. Fie găsim ascultare, fie trebuie să ne facem

ascultați sau pur și simplu spunem „Auziți!” Ne putem ascuți urechile, putem asculta cu jumătate de ureche sau ne putem astupa urechile. Uneori suntem tari de-o ureche sau ceva ne intră pe o ureche și ne iese pe alta. Alteori nu știm ce ne-a lovit de surzim, iar uneori ni se lungesc urechile. Adesea suntem solicitați până peste urechi, ne trece ceva pe la ureche sau cineva ne pare într-o ureche.

La nivelul auzului, apar insuficiențe care sunt percepute subiectiv și care se asociază cu anumite afecțiuni psihice, îndeosebi cu tulburări depresive, anxioase și somatoforme. Persoanele depresive acuză adesea următoarele tipuri de disconfort: senzația de presiune la nivelul ambelor urechi, zgomote la nivelul urechilor (sunete de apel, zumzete), dureri, sensibilitate la sunete, reducerea auzului fără cauze organice, acestea fiind accentuate atunci când hipoacuzia este preexistentă.

**Tabelul 11:** Afecțiuni ale urechii relevante din punct de vedere psihosomatic

## **TULBURĂRILE FUNCȚIONALE**

### **TULBURĂRILE DISOCIATIVE DE AUZ**

Fenomenele foarte rare ale tulburărilor de auz psihogene (surzenia sau hipoacuzia disociativă) sunt denumite în prezent „pierderi senzoriale” și sunt incluse în categoria tulburărilor disociative (tulburări de conversie); la bază se află un conflict actual care reprezintă factorul declanșator.

O tulburare de auz disociativă poate apărea la o singură ureche sau la ambele urechi și se manifestă prin pierderea parțială sau totală a auzului. Pacienții afectați se comportă cu totul altfel decât pacienții care suferă de deteriorarea organică a auzului: aflați într-o discuție, aceștia nu fixează buzele interlocutorului, nu îndreaptă către acesta urechea sănătoasă și nici nu încep ei înșiși să vorbească mai tare. Tulburarea poate varia în funcție de situație (tulburări de auz în situații de testare și supraveghere, lipsa vreunei deteriorări a auzului

în situații în care pacientul nu se simte observat sau se află angrenat în discuții informale).

## TULBURĂRILE ORGANICE

### TINITUSUL

Prin tinitus (din latinescul *tinnire* = a suna) se înțeleg senzațiile auditive subiective care apar în lipsa unui stimul extern și pot fi descrise astfel: fluierături, țâșnituri, șuierături, freamăte, chițaituri, țârâituri, fâșâituri, ciocănituri, țuituri, vuiete, clicuri, zbârnâituri, zumzete sau bâzâituri la nivelul uneia sau a ambelor urechi sau în cap. Volumul și compoziția sunetelor variază, cel mai adesea fiind prezent un zgomot de înaltă frecvență care se aseamănă unui fluierat. Este extrem de chinuitoare senzația de a nu avea absolut deloc control asupra zgomotelor din urechi și de a nu putea întreprinde nimic pentru a le pune capăt. Experiența arată faptul că efectele pe care aceste zgomote le au asupra persoanelor afectate au un impact mult mai important asupra acestora decât tinitusul în sine.

Din ce în ce mai mulți oameni se plâng de tinitus. În prezent, 4% din populație suferă de tinitus, dintre care 1% sunt afectați în mod semnificativ. 10 până la 15% dintre adulți suferă ocazional, cu o frecvență sporită sau pe perioade îndelungate ca urmare a zgomotelor deranjante. Date fiind aceste senzații auditive, circa 0,5% dintre adulți nu mai sunt în măsură să desfășoare o viață normală. Probabilitatea de îmbolnăvire ca urmare a unui tinitus crește odată cu vârsta, deși simptomele se pot manifesta începând din copilărie și adolescență, riscul de îmbolnăvire fiind crescut atunci când tinerii sunt expuși la poluare fonică prin frecventarea discotecilor și utilizarea căștilor audio.

Tinitusul poate fi acut sau cronic, iar adesea are loc o remisie spontană. În cazul tinitusului acut, care durează mai puțin de trei luni, este vorba despre o tulburare circulatorie la nivelul urechii interne. Din cauza disfuncției microcirculației sangvine, aparatul auditiv



periferic este subalimentat cu oxigen, iar ciliile celulelor senzoriale se distrug. În consecință, remediul constă în identificarea unor mijloace de stimulare a circulației sanguine.

În cazul tinitusului cronic, mai precis în cazul senzațiilor auditive care durează de mai mult de trei luni, nu mai este utilă o asemenea terapie de perfuzie. În acest caz, devine mult mai important modul în care este gestionat tinitusul. Atunci când persoanele afectate îl gestionează adecvat, vorbim despre un tinitus compensat. Restul pacienților care suferă de un așa-numit tinitus decompensat necesită, pe lângă terapia medicală, o formă de tratament care să ia în considerare tiparul de gestionare psihică și diferitele aspecte psihosociale. Permanentele senzații

auditive, pierderea auzului la frecvențe înalte și suprasensibilitatea la zgomote provoacă un grad înalt de suferință care se asociază cu dezvoltarea a numeroase probleme psihice, psihosomatice și sociale: tulburări de somn, depresivitate, neajutorare și pierderea controlului cu privire la tinitus, nervozitate, anxietate, irascibilitate generală, stare permanentă de tensiune, tulburări de concentrare, cefalee provocată de tensiune, dureri de stomac, senzație copleșitoare de zgomot, suprasolicitare cauzată de voci și zgomote, în prezența multor oameni, care are drept consecință retragerea socială. În urma dezvoltării unei tulburări psihice cum ar fi depresia sau o tulburare de anxietate, poate surveni o decompensare acută a unui tinitus compensat, căruia nu i s-a acordat până atunci mare atenție. Tinitusul apare adesea și la pacienții cu tulburări somatoforme cum sunt tulburările somatoforme de tipul durerii persistente.

80% dintre pacienții cu tinitus suferă și ca urmare a unei tulburări de auz, care își are originea într-o hipoacuzie care se manifestă la nivelul urechii interne. În acest caz, multe dintre problemele enumerate nu mai au legătură în primul rând cu tinitusul, ci pot fi puse pe seama tulburării de auz cu care acesta se asociază. Înțelegerea redusă a vorbirii, îndeosebi în discuția cu mai multe persoane, intensifică tendința de retragere socială și ar putea fi corectată mai frecvent prin utilizarea unui aparat auditiv.

Mulți pacienți cu tinitus suferă și ca urmare a tensiunii acumulate atât la nivelul maxilarului (mergând până la bruxism) cât și la nivelul gâtului, al cefei și al umerilor, astfel încât relaxarea ținută a mușchilor corespunzători are un efect calmant. În cazul unui tinitus decompensat nu există o acomodare, mai precis nu are loc o dezvoltare a toleranței. Atenția rămâne în permanență orientată către zgomote, acestea fiind interpretate drept periculoase; acest lucru explică încordarea permanentă psihică și fizică. Exact în acest sens se aplică măsurile terapeutice și psihologice: pacienții vor trebui să învețe să gestioneze senzațiile auditive prin intermediul anumitor tehnici de distragere a atenției. Pacienții cu tinitus care își percep disconfortul într-o mai mică sau mai mare măsură se deosebesc unii de alții prin modul în care își gestionează tulburarea și prin strategiile pe care le utilizează în acest sens.

## **SURDITATEA BRUSC INSTALATĂ**

Prin surditate bruscă se înțelege diminuarea acută, de obicei unilaterală, a auzului care are loc la nivelul cohleei situate în urechea internă, în labirintul osos al osului

temporal. Tulburarea apare la 20 până la 100 000 de persoane și devine din ce în ce mai răspândită. Gradul tulburărilor de auz variază de la scăderea ușoară a auzului până la hipoacuzie totală, care însă apare foarte rar. Cel mai adesea, problemele apar în cazul frecvențelor înalte și medii. De obicei, surditatea bruscă apare ca din senin, în condițiile unei stări perfecte de sănătate; circa jumătate dintre persoanele afectate constată instalarea acesteia dimineața, la trezire.

În cazul a 70 până la 80% dintre persoanele afectate, simptomul cel mai frecvent cu care aceasta se asociază este tinitusul, care creează o senzație de disconfort, precum și o senzație de presiune la nivelul urechii, amețeală, tulburări de echilibru și cefalee însoțită de stare de greață. Cauzele imediate constau cel mai probabil în existența unei circulații sangvine deficitare și a oxigenării precare a celulelor

senzoriale ciliate, care apare în consecință. Surditatea bruscă poate fi vindecată complet, în timp ce tinitusul adesea se cronicizează.

## **ACUITATEA AUDITIVĂ CRESCUTĂ (HIPERACUZIA)**

Așa-numita hiperacuzie se referă la situația în care semnalele acustice de intensitate destul de redusă sunt percepute ca fiind prea puternice și/sau deranjante. Persoanele afectate, care de altfel prezintă un auz normal, percep sunete precum zgomotul produs de un aparat de aer condiționat sau rășfoitul unui ziar sau chiar propria voce ca fiind supărătoare sau chiar chinuitoare.

Hiperacuzia se asociază adesea cu tinitusul unilateral (43%) sau bilateral (53%), mai precis, aceasta apare adesea cu câteva săptămâni sau luni după manifestarea unui episod acut de tinitus; aceasta poate apărea însă și în lipsa tinitusului. Uneori, prezența hiperacuziei pe parcursul mai multor ani poate, treptat, să conducă la dezvoltarea unui tinitus. Tulburarea poate apărea și bilateral, ca urmare a unei traume unilaterale ca, de exemplu, o surditate bruscă.

## **HIPOACUZIA**

Hipoacuzia este cea mai frecventă boală profesională. Fiecare al doilea pensionar suferă de o deteriorare a auzului, 2% dintre școlari suferă de hipoacuzie la ambele urechi. Alarmantă este creșterea deteriorărilor de auz în rândul populației tinere. 28% dintre tinerii de 20 de ani din Germania suferă de pierderi de auz de cel puțin 25 dB, determinate în principal de faptul că ascultă muzică amplificată prea tare prin intermediul căștilor audio, al boxelor proprii sau al celor din cluburi.

Hipoacuzia este relevantă din punct de vedere psihosomatic, întrucât aceasta are ca urmare numeroase probleme psihice, psihosociale și psihovegetative.

Persoanele afectate suferă ca urmare a nervozității, iritabilității, neliniștii, durerilor de cap, rezistenței scăzute, dificultății de a stabili contacte, retragerii sociale și însingurării, precum și, uneori, ca urmare a interpretării greșite de tip paranoid.

## **VERTIJUL**

În cazul vertijului tipic care se asociază cu amețeală și care apare ca urmare a unei tulburări la nivelul sistemului vestibular periferic (determinat, de exemplu, de o paralizie la nivelul urechii interne), persoanele afectate descriu senzația falsă de mișcare a propriei persoane și a mediului înconjurător, precum și simptome vegetative care generează disconfort, dar și stare de rău, greață, paloare și transpirații reci.

## **BOALA MENIÈRE**

În cazul bolii Menière se manifestă episoade violente de vertij care se asociază cu stare de greață, mergând până la apariția vărsăturilor, care pot apărea atât pe timpul zilei, cât și pe timpul nopții, neavând nicio cauză aparentă. Aceste episoade durează de la câteva minute până la câteva ore și se repetă la intervale de timp variabile. Senzația de amețeală poate fi atât de puternică încât pacientul nu mai poate sta singur în picioare. În plus, apare și o pierdere temporară a auzului care se asociază cu tinitus și cu o senzație de presiune la nivelul urechii afectate. Este vorba despre un tinitus care se manifestă în registrul sonor de frecvență joasă și care se intensifică pe perioada episoadelor de vertij. Cauza bolii o constituie stagnarea lichidului limfatic la nivelul urechii, având drept consecință creșterea nivelului de lichid. Fie este vorba despre producția în exces a lichidului, fie de drenarea deficitară a acestuia.

## **ABORDĂRI PSIHOSOMATICE**

### **FACTORI PSIHOLOGICI**

În cazul tulburărilor disociative de auz, psihanalistii afirmă că, inconștient, persoanele afectate nu își doresc „să audă un anumit lucru”.

În cazul tinitusului, stresul cronic și depresia se pot constitui drept factori declanșatori sau agravanți; cu toate acestea, tinitusul determină adesea, cu precădere, dezvoltarea unor tulburări psihice și psihosociale precum sentimentele de neajutorare și de pierdere a controlului, depresia, tulburările de somn, tulburările de comunicare, retragerea socială și stările anxioase. Incapacitatea de a munci apare adesea ca urmare a dificultăților de concentrare, a hiperstimulării acustice derutante care se manifestă în prezența mai multor oameni și a epuizării după o perioadă mai îndelungată de expunere la zgomotul provenit din exterior.

Surditatea bruscă este adesea declanșată de suprasolicitarea de durată, de situațiile conflictuale actuale și de o permanentă stare de încordare emoțională. Adesea, pe un fond de stres cronic, survine un eveniment fatal (accident, deces, boală) care favorizează apariția surdității bruște. Conexiunile dintre surditatea bruscă și stres sunt ușor de înțeles: în situațiile de stres, crește nivelul cortizolului, hormonul legat de stresul cronic, fapt care contribuie la constricția vaselor sangvine și la diminuarea fluidității sângelui; sângele devine mai vâscos și poate chiar să se coaguleze. La nivelul micilor vase sangvine din urechea internă se pot produce ocluzii vasculare și, ca urmare a acestora, poate apărea surditatea bruscă, care nu este altceva decât un infarct care se produce la nivelul urechii interne. Acesta determină o întrerupere a alimentării cu oxigen a celulelor senzoriale din urechea internă, care sunt extrem de sensibile.

Cu timpul, boala Menière determină probleme considerabile de natură psihosocială. Persoanele afectate devin din ce în ce mai retrase din cauza fricii de a dezvolta un episod de amețeală în public, ele suferind adesea de tulburări anxioase și depresive.

## **STRATEGII TERAPEUTICE**

În cazul tinitusului și al bolii Menière, obiectivul principal al terapiei nu îl constituie vindecarea, ci îmbunătățirea calității vieții și renunțarea la comportamentele de evitare (evitarea zgomotelor, a contactelor sociale și a activităților).

În prezent, în cadrul tratamentului psihologic și psihoterapeutic, prevalează opinia că, în cele din urmă, este mai degrabă vorba despre un fenomen care se

petrece la nivelul creierului decât la nivelul urechii. Din această perspectivă, se impune adoptarea unor măsuri psihologice care să contribuie la gestionarea mai eficientă a factorilor de stres care agravează simptomatologia, în special în situația tipului cronic al afecțiunii, considerată până în prezent ca fiind incurabilă. Mulți experți împărtășesc opinia că în cazul tinitusului cronic ar fi totuși vorba despre o tulburare somatoformă, întrucât cauzele organice eventual identificate (deteriorări ușoare provocate de zgomot, tensiune la nivel cervical sau vasoconstricții) nu explică întru totul gradul de severitate al tulburării. Terapia își propune să întrerupă cercul vicios care apare între concentrarea atenției, interpretarea negativistă a zgomotelor, reacția amplificată la stres și agravarea tinitusului.

Simplele exerciții de relaxare au o eficacitate redusă în cazul tinitusului, utile fiind însă așa-numitele strategii de gestionare multimodale. Acestea nu conduc la înlăturarea simptomelor, ci la o gestionare mai eficientă și implicit la creșterea calității vieții. Aceste strategii se dovedesc eficiente și în cazurile de hiperacuzie:

1. Faza de informare (psihoeucația). Simpla informare detaliată cu privire la stadiul actual al cercetării și referitor la tratamentul tinitusului ar trebui să încurajeze pacienții, care adesea sunt deja resemnați, să încerce o formă de terapie nemedicamentoasă, atunci când toate încercările medicale de până la acel moment au dat greș. Pentru a nu intra în panică atunci când suferă de o formă de tinitus pe care în mod subiectiv aceștia o percep ca fiind asurzitoare, persoanele afectate vor trebui să învețe ce se petrece în capul lor în acele momente. Ele vor trebui încurajate să accepte faptul că se pot obișnui cu tinitusul în aceeași manieră în care oamenii se obișnuiesc

cu zgomotul unei autostrăzi aflate în apropiere în timp ce se concentrează asupra altor activități.

2. Tehnicile de relaxare. Practicarea metodelor de relaxare și a tehnicilor de autohipnoză este la început percepută ca fiind relativ dificilă deoarece datorită stării de repaus și a concentrării asupra corpului, este adus în atenție și tinitusul. Cu timpul însă, acestea se pot dovedi benefice și utile.

3. Comutarea atenției. Prin intermediul exercițiilor de imagerie, persoanele afectate învață să-și îndrepte atenția către subiecte plăcute pentru ca, în acest mod, să-și poată estompa mai bine tinitusul. Tehnicile centrate pe emoție și cele nonverbale, din cadrul art terapiei și a somatoterapiei, optimizează capacitatea de ghidare a atenției.

4. Tehnicile de expunere. Persoanele afectate au tendința să evite, pe cât

posibil, sursele de zgomot precum zgomotul străzii, concertele sau conversațiile, fapt care le accentuează suprasensibilitatea. Obișnuirea lentă, dozată cu zgomotele cotidiene, va trebui practică regulat pentru a se putea confrunta mai des cu aceste situații într-o stare sporită de relaxare. Confruntarea cu mediul înconjurător determină implicarea în activități a căror neglijare a favorizat în numeroase cazuri declanșarea unor reacții depresive.

5. Schimbarea tiparelor de gândire (terapia cognitivă). Tiparele de gândire dezadaptative („Tinitusul este semnul accidentului vascular cerebral”, „Nu mai am nicio valoare dacă va trebui să continui să trăiesc în felul acesta”), precum și cerințele exigente („Trebuie să fiu perfect pentru a nu pierde controlul”) vor trebui analizate și reformulate; acesta reprezintă un factor important de susținere a procesului terapeutic.

6. Terapia de desensibilizare pentru tratarea tinitusului cronic. Aceasta este o metodă relativ nouă de comutare a atenției: un mic aparat instalat în ureche (denumit „generator de zgomot” sau

„noiser”) emite un zgomot la un volum ceva mai mic decât al tinitusului care permite astfel desensibilizarea (acomodarea) auzului. Există însă și metode mai simple: ascultarea constantă a unei muzici de fundal, o fântână arteziană de cameră sau ascultarea unui CD cu sunete specifice curgerii apei distrage, de asemenea, atenția de la tinitus. În acest caz însă, nu este recomandabil ca zgomotele provenite din exterior să acopere tinitusul, deoarece dacă acest lucru se întâmplă nu este stimulată acomodarea.

În cazul surdității bruște, tehnicile psihoterapeutice de gestionare a stresului și terapia de relaxare pot contribui la evitarea unei viitoare pierderi de auz bruște. Eventualele consecințe ale unei pierderi bruște de auz pot face necesară urmarea unei terapii de gestionare a tinitusului.

În cazul tratamentului psihosomatic al bolii Menière vor trebui avute în vedere aspecte precum: prezența unor perioade de stres în etapa premergătoare declanșării bolii, structura de personalitate orientată către performanță și nivelul crescut de anxietate cu privire la declanșarea unei noi crize.

CÂND AU DE SUFERIT GÂTUL, NASUL ȘI VOCEA

*Vocea unui om este a doua sa față.*

GÉRARD BAUER

## **SENZAȚIA DE GLOBUS — SENZAȚIA PERMANENTĂ DE „NOD ÎN GÂT”**

*Domnul Winter, 39 de ani, tehnician de software al unei firme mari, suferă de câteva luni ca urmare a unei senzații permanente de constricție la nivelul gâtului, care poate fi cel mai precis descrisă ca senzație de „nod în gât”. Adesea este convins de faptul că în timpul mesei nu poate înghiți o bucată mai mare de mâncare, pentru că aceasta i-ar putea rămâne blocată în gât. Însă cu adevărat, această senzație neplăcută apare doar în afara orelor de masă, atunci când*



*înghite în gol. Nu numai în timpul mesei, ci și în restul timpului, domnul Winter are mereu în preajmă o sticlă cu apă minerală, deoarece numai astfel își poate înlătura cel mai repede senzația de uscăciune a gurii și cea de a fi permanent nevoit să înghită.*

*În urma excluderii oricărui diagnostic organic, în cadrul unei psihoterapii este identificat contextul psihosocial care a favorizat apariția acestei senzații: domnul Winter este expus unui foarte mare stres la locul de muncă; în special, îl stresează sentimentul de a nu se afla la locul potrivit. Acum un an, el a fost transferat de la departamentul pentru dezvoltarea de programe la departamentul tehnic de vânzări, unde nu se simte deloc confortabil. Se gândește că cel mai bine ar fi să-și dea demisia, întrucât se simte suprasolicitat, dar îi este teamă că într-un alt loc de muncă nu ar beneficia de același nivel de salarizare și nici nu ar mai avea aceeași garanție cu privire la locul de muncă.*

## **„CÂND CEVA TE GÂTUIE”: GÂTUL, NASUL, VOCEA ȘI PSIHICUL**

Nasul este organul de simț al mirosului și începutul tractului respirator. Din punct de vedere filogenetic, mirosul este cel mai vechi dintre toate simțurile. Putem să închidem ochii și să ne astupăm urechile, dar nu putem evita mirosurile. Pentru că trebuie să respirăm, suntem nevoiți să și mirosim, fapt care ne expune atât unor mirosuri plăcute, cât și unor mirosuri neplăcute. Aerul care intră trece prin epiteliul olfactiv din cavitatea nazală, unde milioane de celule senzoriale captează, cu ajutorul unor cili fini, moleculele odorante transmițându-le mai departe către bulbul olfactiv, sub forma unor impulsuri electrice. Informația olfactivă ajunge într-o primă fază direct în sistemul limbic al creierului, unde declanșează imediat reacții emoționale. Mirosurile determină apariția unor senzații emoționale foarte puternice, al căror caracter hedonist, respectiv anhedonist, devine vizibil atât în expresia feței, cât și în comportament datorită adulmecatului, strâmbatului din nas etc. Mirosurile pot stimula, liniști, revigora sau scârbi. Anumite mirosuri corporale pot avea un efect atrăgător sau respingător, reprezintă factori declanșatori de simpatie

sau de antipatie și, implicit, exercită o influență majoră asupra relațiilor sociale. Femeile au de obicei, cel puțin pe perioada sarcinii, un simț al mirosului mai sensibil decât bărbații. Mirosurile nu activează numai emoții, ci și amintiri, astfel încât atunci când simțim anumite mirosuri ne simțim automat transpuși în anumite situații plăcute sau neplăcute. Problemele psihice care au legătură cu simțul mirosului se constituie de obicei drept consecințe ale experiențelor traumatiche, ca de exemplu situația în care mirosul de ars din timpul unui accident reapare în mod repetat, neintenționat — fapt care se întâlnește în cazul tulburării de stres posttraumatic.

Gâtul cuprinde faringele, porțiunea de început a esofagului și laringele cu porțiunea superioară a traheei. În interiorul laringelui se găsesc corzile vocale. Laringele și corzile vocale reprezintă partea cea mai importantă a aparatului vocal.

Tractul vocal este cel mai complicat sistem motor al întregului corp. La producerea vocii noastre contribuie aproximativ o sută de mușchi și mai multe organe: diafragma și plămânii, laringele, în mijlocul căruia se găsesc corzile vocale, precum și gura, nasul și gâtul. Un sunet se formează datorită faptului că aerul expirat trece prin laringe și determină punerea în mișcare a corzilor vocale. O voce sănătoasă are la bază interacțiunea optimă dintre respirație, mișcarea vibratorie regulată a corzilor vocale, tensiunea corpului, postura corpului și starea psihică. Ca fenomen fizic, vocea este formată din 100 până la 1 000 de vibrații ale corzilor

vocale pe secundă. Fiecare om are o voce caracteristică, inconfundabilă, putând fi astfel ușor identificat.

Vocea exprimă starea de spirit a întregii ființe. Aceasta este mai gravă în momentele de relaxare și mai stridentă în cele de încordare, se menține cu dificultate în momentele de agitație și tremură în situațiile de tensiune emoțională. Bucuria se exprimă cu o voce bine modulată și sonoră, iar tristețea, dimpotrivă, cu o voce pierită, mai degrabă monotonă. Vocea unei persoane reprezintă *barometrul* stării sale de spirit. Sunetul vocii unei persoane reprezintă o măsură a gradului în care aceasta se exprimă din centrul ființei sale sau dacă

aceasta suferă ca urmare a stresului psihologic sau este slăbită din punct de vedere fizic sau psihic.

Vocea este cel mai important organ de contact cu lumea înconjurătoare și face posibil dialogul și relațiile. Tulburările de voce reprezintă în principal tulburări de comunicare, și nu o problemă izolată a laringelui sau a tractului vocal. Stresul psihologic poate avea o influență asupra corzilor vocale și poate determina ca interacțiunea dintre respirație, voce și dicție să fie perturbată. Răgușeala permanentă sau efortul considerabil depus pentru a vorbi pot constitui expresia unor probleme personale mai profunde.

Starea noastră de spirit este redată în expresii care au legătură cu gâtul, nasul și vocea.

Se întâmplă să fim cu nasul pe sus, să nu ne cunoaștem lungul nasului sau ceva să ne pută. Când ceva nu ne convine, strâmbăm din nas sau uneori ajunge să ne iasă pe nas. Alteori încercăm să mirosim cum stau lucrurile în legătură cu o situație și tot nu ne dăm seama dacă aceasta miroase sau nu a bine. Când ne băgăm nasul peste tot, cineva ne poate da peste nas. Se întâmplă să sesizăm că cineva își ia nasul la purtare și atunci avem imediat grijă să-i tăiem puțin din nas.

Uneori avem un nod în gât sau râsul, cuvintele sau dumișorul ni se opresc în gât. Alteori facem gât, ne frângem gâtul, ceva ne stă în gât sau suntem sătui până în gât. Adesea avem treabă până în gât, iar dacă greșim cu ceva, cineva ne poate strânge de gât sau ne poate pune ștreangul de gât. Sunt dați în care cineva se agață de gâtul nostru, când noi am dori ca altcineva să se arunce de gâtul nostru. Se întâmplă să ne lungim gâtul ca să vedem mai bine, iar când ni se face sete, dăm repede o dușcă pe gât.

Adesea ne doare în gât de cât am vorbit sau am țipat și sunt dați în care ceva ne ia maul și amuțim. Putem să înghițim cu greu un comentariu și există situații în

care punem cuiva cuțitul la gât.

Câteodată rămânem fără cuvinte sau amuțim. Alteori suntem foarte vocali sau ne dorim să dăm tonul. Sunt dați în care nu reușim să scoatem niciun sunet. Reușim sau nu să avem o purtare de bonton. Suntem conștienți de faptul că tonul face muzica!

Afecțiunile specifice gâtului, nasului și vocii se asociază și cu anumite tulburări psihice. Pacienții anxioși pot avea adesea senzația de globus. Tulburările de voce funcționale apar de obicei la pacienții depresivi, a căror voce este adesea foarte înceată sau slabă.

**Tabelul 12:** Tulburări ale nasului, gâtului și vocii relevante din punct de vedere psihosomatic

## TULBURĂRILE FUNCȚIONALE

### SENZAȚIA SOMATOFORMĂ DE GLOBUS

Senzația de globus fără cauze organice („globul isteric”) a fost deja discutată în cadrul tulburărilor somatoforme epigastrice din secțiunea tulburărilor funcționale ale esofagului, dar este amintită și în acest capitol, întrucât reprezintă una dintre cele mai des întâlnite afecțiuni O.R.L. În sistemul de diagnosticare internațional, această simptomatologie apare la „alte tulburări somatoforme” care nu sunt mediate de sistemul nervos autonom și se limitează la anumite sisteme sau părți ale corpului.

Prin *globus pharyngeus* se înțelege, în limbajul curent, senzația de gâtuire sau de „nod în gât”. Mai precis definită, reprezintă senzația de corp străin în gât (*pharynx* = faringe, gât), determinată de tensiunea acumulată la nivelul musculaturii de deglutiție și a musculaturii gâtului. Există însă și o conexiune strânsă cu tensiunea care în mod reflex se acumulează la nivelul coloanei vertebrale, în zona cervicală. Pe lângă senzația de corp străin, pe care persoana în cauză încearcă să o înlăture înghițind des sau bând apă, apar și alte senzații neplăcute precum mâncărimile, arsurile sau durerile. Adesea, asemenea senzații neplăcute apar la nivelul faringelui și în cazul

tulburărilor funcționale de voce, care sunt comparabile cu febra musculară care se instalează după un efort muscular excesiv.

## **TULBURAREA DISOCIATIVĂ A OLFACTIEI**

Tulburările olfactive psihogene extrem de rare (hiposmia sau hiperosmia) sunt considerate tulburări disociative ale senzației și sunt discutate în cadrul tulburărilor disociative și de conversie (ICD-10); în aceste situații este necesară identificarea unui conflict actual care acționează drept factor declanșator al tulburării.

## **RINOPATIA (RINITA) VASOMOTORIE**

Cea mai importantă tulburare funcțională a nasului este reprezentată de așa-numita rinopatie (rinita) vasomotorie, care este declanșată de stimuli nespecifici. Tulburarea se manifestă prin secreția de mucus apos (rinoree), adesea asociată cu o criză de strănut, la care se adaugă senzația de nas înfundat și scăderea simțului mirosului. De asemenea, nasul înfundat în permanență care alternează cu curgerea nasului poate să constituie și reacția la stresul emoțional, în special atunci când sistemul imunitar este slăbit ca urmare a stresului cronic.

## **TULBURĂRILE DISOCIATIVE DE VOCE**

Tulburările de voce funcționale reprezintă afecțiuni ale vocii fără cauze organice, care se numără printre tulburările disociative motorii. Acestea se datorează

coordonării motorii deficitare la nivelul tractului vocal, care are ca rezultat funcționarea perturbată în momentul vocalizării. Tulburările de voce apar cu precădere în cazul persoanelor care au „profesii din sfera vorbirii”, cum sunt profesorii, educatoarele sau vânzătoarele. Tulburările disociative de voce pot fi accentuate ca urmare a anxietății anticipatorii referitoare la eșecul de a vorbi în public. Este posibil însă și ca o tulburare de voce cu cauze organice să determine apariția

unor probleme de natură psihosocială și să favorizeze teama de eșec în situațiile sociale.

Există afonii și disfonii disociative (psihogene) care, în lipsa tratamentului, pot afecta laringele.

O afonie disociativă reprezintă pierderea bruscă a vocii de la câteva ore până la câteva zile. Vocea dispare, iar persoana afectată nu mai poate vorbi decât în șoaptă. Periodic, tulburarea poate reapărea.

Disfoniile funcționale sunt tulburări de voce cu modificarea timbrului și intensității vocii în lipsa unor modificări organice primare ale corzilor vocale. Persoanele afectate suferă de răgușeală, oboseală a corzilor vocale, nevoia de a-și drege glasul, senzații precum arsuri, uscăciune, dureri, presiune și tensiune. Factorii emoționali influențează utilizarea vocii, timbrul și intensitatea acesteia. Există o conexiune strânsă între aceste tulburări și modul individual în care sunt gestionate emoțiile, conflictele interioare, suprasolicitarea și stresul vocal.

Simptomele se dezvoltă adesea insidios; la mai mult de jumătate dintre persoanele afectate acestea apar în urma unei infecții gripale sau a unei infecții în zona gurii și a gâtului, modificându-și, în funcție de situație, intensitatea și modul de manifestare. Adesea apar și simptome psihice (sentimente de extenuare, depresie, oboseală și insecuritate în mediile sociale).

Se disting două tipuri de disfonie: un „deficit” sau un „surplus” de voce. Disfonia hipofuncțională se manifestă printr-o voce înceată, pierită, foarte puțin modulată, respirație superficială și deschidere insuficientă a gurii; aceasta apare adesea la oamenii aflați în stări de epuizare și care suferă de depresii. Disfonia hiperfuncțională prezintă următoarele caracteristici: voce prea puternică, înaltă, aspră, uneori excesivă, dură, metalică, pronunție deficitară a vocalelor, tendința către acumularea tensiunii la nivelul orificiului de deschidere al laringelui. Vocea răsună găuit, chinuit, gemând, scâncit, articularea este anevoioasă, respirația este prea rapidă. În ambele cazuri, nu dau roade nici forțarea vocii, nici tehnicile de control vocal.

# **TULBURĂRILE ORGANICE**

## **RINOPATIA ALERGICĂ**

Ochii care ard, nasul care curge și bronhiile iritate sunt simptomele cunoscute ale așa-numitei „febre a fânului”. De o asemenea rinopatie alergică suferă 10 până la 20% din populație, iar în cazul în care persoanele afectate suferă de stres cronic, aceasta poate fi considerată o tulburare psihosomatică propriu-zisă. Este vorba despre o inflamație alergică a mucoasei nazale (determinată de exemplu de polen, praful de casă sau părul animalelor) care se manifestă prin simptome ca mâncărimi, congestie nazală, coriză (inflamarea mucoasei nazale), strănut, voce nazală, tulburări de miros și de gust, inflamația sinusurilor paranazale și oboseală.

## **ABORDĂRI PSIHO-SOMATICE**

### **FACTORI PSIHOLGICI**

Stresul și factorii stresori psihosociali sunt considerați factori declanșatori sau agravanți atât ai afecțiunilor funcționale, cât și ai celor organice ale nasului, gâtului și vocii.

Senzația de globus somatoformă poate reprezenta expresia unor conflicte interioare, a suprasolicitării, stresului, anxietății, depresiilor, neajutorării și a sentimentelor de neputință. În momentele de enervare și de stres, gâtul se usucă, iar persoanele afectate sunt nevoite să-și dreagă în permanență glasul și să tușească ușor. Fixarea permanentă a atenției asupra zonei gâtului determină, în mod inutil, amplificarea și fixarea simptomatologiei.

Suprareacția mucoasei nazale poate fi amplificată ca urmare a unor emoții puternice sau a stresului, care slăbesc sistemul imunitar, atât în cazul rinopatiei (rinitei) vasomotorii, cât și în cazul rinopatiei alergice. În situația conflictelor din cadrul relațiilor, a anxietății și a

depresiilor, cantitatea de polen care declanșează simptomatologia este uneori extrem de redusă.

Tulburările de voce disociative adesea au legătură cu tensiunea interioară, conflictele psihice, nesiguranța în mediul social, stările anxioase și depresive, stresul și suprasolicitarea din cadrul familiei și de la locul de muncă. Un alt motiv îl constituie utilizarea incorectă a vocii, în special în profesii din sfera vorbirii, precum telefonistele, vânzătoarele sau profesorii, în care poate apărea suprasolicitarea corzilor vocale. În situația persoanelor cu alte meserii din sfera vorbirii, cum sunt cântăreții și actorii, stresul psihosocial se amplifică în mod suplimentar din cauza anxietății explicabile pe care aceștia o trăiesc cu privire la pierderea locului de muncă. Experiențele traumatizante cum sunt accidente, violența sexuală și fizică pot determina pierderea totală a vocii — sugerând un mesaj de genul „Nu mai doresc să comunic cu această lume”. Tulburările de voce pot apărea și din cauza unei respirații incorecte determinate de considerente emoționale.

## **STRATEGII TERAPEUTICE**

În cazul senzației de globus, precum și în cazul tulburărilor de voce, este utilă învățarea tehnicilor de respirație corectă, utilizate cu scopul de a intensifica relaxarea, în special în faza de expirație. În cazul tulburărilor funcționale ale nasului, tehnicile de respirație pot facilita efectuarea respirației cu ajutorul nasului și nu al gurii, întrucât în situația respirației pe gură, nu există posibilitatea adecvată de încălzire și

umezire a aerului. Procedând astfel, în cazul tulburărilor disociative ale olfacției, este posibil ca senzațiile olfactive să fie reactivate.

În cazul tulburărilor de voce funcționale, în primul rând este necesar un tratament logopedic, fiind însă, de asemenea, extrem de importantă abordarea acestor tulburări dintr-o perspectivă holistă care să vizeze și evaluarea stării emoționale și a contextului psihosocial. A lucra cu vocea înseamnă întotdeauna a lucra cu



întreaga persoană. Simplele exerciții de vocalizare sau de exersare a vocii nu vor avea efectul dorit. Principiul de bază îl constituie: recunoașterea și gestionarea conflictelor interne și a situațiilor stresante exterioare care se află în spatele diferitelor simptome O.R.L.

## CÂND STRESUL AFECTEAZĂ OCHII

*Ochiul este punctul în care sufletul și corpul se contopesc.*

CHRISTIAN FRIEDRICH HEBBEL

## **SCĂDEREA ACUITĂȚII VIZUALE — PRIVIRE ÎNCEȚOȘATĂ DIN CAUZA TENSIUNII PSIHICE ȘI DEPRESIEI**

*Domnul Maurer are 37 de ani, este angajat în domeniul tehnic, iar brusc nu își mai poate desfășura activitatea, întrucât de două luni suferă în mod inexplicabil de tulburări de vedere. Mai mulți medici oftalmologi nu pot găsi cauze organice care să explice faptul că acesta percepe dublu imaginile, are privirea încețoșată și acuză îngustarea bruscă a câmpului vizual. De un an, firma sa are o evoluție proastă, iar el se teme că va fi concediat. Există probleme mari cu care se confruntă și în viața privată: soția sa îl amenință cu divorțul pentru că a cunoscut un alt partener în timpul perioadelor lungi în care el se afla plecat în delegații în străinătate. Luând de asemenea în considerare simptome precum tendința spre oboseală, apatia, lipsa apetitului alimentar, tulburările de somn și de concentrare, rezultă tabloul simptomatologic al unei depresii reactive.*

## **„A ÎNCHIDE OCHII ÎN FAȚA UNEI SITUAȚII”: OCHII ȘI PSIHICUL**

Ochiul captează lumina ca o cameră de filmat, conducând fasciculele de lumină difractate către o suprafață sensibilă — retina. Forma cristalinului (plan sau curbat) determină tipul de refracție și, astfel,

vederea la apropiere sau la distanță. Pupila este orificiul din iris, care se deschide și se închide, respectiv se lărgeste sau se îngustează, în funcție de lumină, ca un obiectiv care se reglează automat. În spatele cristalinului se găsește globul ocular umplut cu o substanță transparentă, gelatinoasă, denumită corp vitros, în spatele căruia se găsește retina. Retina reprezintă echivalentul natural al unui film fotografic. Ea este formată din trei straturi de celule nervoase pe a căror parte exterioară se găsesc receptorii de lumină. Impulsurile nervoase sunt trimise apoi spre creier pentru a fi prelucrate. Circa 80% dintre senzații sunt înregistrate prin intermediul ochiului.

Între ochi și creier există o strânsă legătură anatomică, întrucât, din punct de vedere evolutiv, retina și nervul optic reprezintă părți ale creierului care se găsesc la nivelul ochiului. Astfel se explică faptul că senzațiile vizuale trezesc imediat reacții emoționale ca, de exemplu, plânsul în timpul unui film. Atunci când închidem ochii, creierul continuă să îi miște, în mod inconștient. Cu cât în inconștient sunt procesate mai multe experiențe, cu atât mai intense vor fi mișcărilor ochilor.

În situații de frică și de agitație emoțională, sistemul nervos simpatic determină dilatarea pupilelor pentru a permite să pătrundă mai multă lumină; astfel fotosensibilitatea ochilor se mărește, iar câmpul vizual se lărgeste. O pupilă mărită, similar unui obiectiv mai mare al aparatului foto, reduce profunzimea câmpului și permite să se poată distinge mai bine între diferite distanțe. În acest fel, obiectele periculoase pot fi observate mai bine.

În caz de stres, agitație sau frică mulți oameni au impresia că nu pot vedea bine obiectele care se găsesc în apropiere. Acest fenomen este declanșat prin intermediul sistemului nervos simpatic: în momentele de stres, cristalinul se aplatizează, având astfel un indice mai mic de refracție, respectiv o distanță focală mai mare. Fenomenul servește în situațiile de pericol când o bună vedere la distanță poate să asigure supraviețuirea; în această situație, vederea de aproape este însă afectată, întrucât ea nu este de importanță vitală.

În prezent, problemele ochilor sunt adesea cauzate de desfășurarea activităților la calculator. Focalizarea permanentă a cristalinului pentru vederea de aproape, necesară în vederea desfășurării activității în fața monitorului, reprezintă pentru

ochi un mare efort. Până la 40% dintre salariați se plâng din pricina oboselii, arsurii sau lăcrimării ochilor în timpul desfășurării muncii la calculator. Ochii înroșiți nu constituie o afecțiune a aparatului vizual, ci semnul unei solicitări intense din cauza privirii ațintite asupra monitorului timp de câteva ore. Ochii au prea puțin fluid lacrimal sau compoziția filmului lacrimal nu mai este corectă. Apar ochii uscați — iar în consecință, apar apoi ochii roșii. O treime dintre persoanele care navighează pe internet acuză faptul că le-a scăzut vederea. În cazul a 60% dintre aceștia, s-a mai adăugat până la o dioptrie, în cazul a 31% până la trei și în cazul a 9,5% numărul dioptriilor a fost chiar mai mare.

Goethe a exprimat atât de frumos faptul că în ochi se oglindește „din exterior, lumea și, din interior, omul”. Ochii noștri reprezintă „fereastra către lumea exterioară”: cu ajutorul ochilor recunoaștem lumea, ne creăm o imagine despre mediul nostru înconjurător, intrăm în contact cu alți oameni și stabilim relații intense cu anumite persoane, precum partenerul. Ochiul reprezintă așadar un important organ de comunicare. Cine își pleacă privirea în mod curent trece drept timid sau nesigur pe sine. Cine privește o persoană în asemenea fel încât aceea se simte „sfredelită” trece drept deranjantă.

Privirea noastră poate fi caldă, dură, deschisă, inexpresivă, interiorizată, binevoitoare, pătrunzătoare, sfredelitoare, devoratoare, sinceră, focoasă, rece, respingătoare, disperată, temătoare, încremenită de frică, ochii pot fi larg deschiși de frică și de panică, pot fi tulburi, pot să strălucească, să fie luminoși sau lipsiți de strălucire. La figurat, putem fi prevăzători, vizionari, chiori sau orbi. Alți oameni pot să ne citească în privire emoțiile și stările de spirit — ochii sunt oglinda sufletului nostru; aceștia exprimă, în sensul cel mai cuprinzător, „punctele noastre de vedere”. Aceste aspecte sunt redată de numeroase expresii: o privire spune mai mult decât o mie de cuvinte, a fi ochi și urechi, a cuprinde ceva cu privirea, a avea

ceva în vedere, a trimite ocheade, a privi adevărul în față, a închide ochii în fața unei situații, a nu-și putea crede ochilor, ceva îți sare în ochi, a închide un ochi, a plânge cu un ochi și a râde cu altul, a te alege cu un ochi vânăt, a privi lumea cu ochii larg deschiși, a vedea ceva cu alți ochi, ceva reprezintă o iluzie, a purta ochelari de cal, a păzi ceva ca pe ochii din cap, a arunca praf în ochi, a sta ca un spin în ochii cuiva. A fost iubire la prima vedere, ochii care nu se văd se uită. Zicem și că cineva are orbul găinii când nu vede sau nu dorește să vadă ceva.

### **Tabelul 13:** Probleme oculare relevante din punct de vedere psihosomatic

În sfera tulburărilor psihice apar, îndeosebi în cazul depresiilor, următoarele probleme ale ochilor: o presupusă miopie, acuze cu privire la corectarea greșită sau insuficientă a vederii, inflamația cronică a zonelor oculare superficiale, vedere neclară fără cauze organice, fotosensibilitate, diplopie.

## **TULBURĂRILE FUNCȚIONALE**

Ceea ce constituie un stres pentru psihic poate să înceteze și privirea. Ochii reprezintă un organ de comunicare în sine; prin urmare, problemele psihosociale își pot găsi expresia prin intermediul unor tulburări de vedere. Tulburările de vedere funcționale sau psihogene, care în prezent sunt denumite disociative, constau în pierderea totală sau parțială a vederii sau, din contră, într-o hipersensibilitate vizuală. Este vorba despre tulburări de conversie cu factori declanșatori psihici specifici (anumite situații de conflict sau un grad înalt de stres) și cu un anumit simbolism.

Tulburările de vedere disociative se manifestă adesea prin pierderea acuității vizuale a unui ochi sau a ambilor ochi, reducerea capacității de focalizare, vederea dublă, anomalii ale câmpului vizual, vederea încețoșată sau „vederea în tunel” (pierderea vederii periferice), orbirea pe timp de noapte, fotofobia sau vederea cromatică perturbată. În cazuri foarte rare este vorba despre orbire unilaterală

sau bilaterală, orbirea completă apărând însă extrem de rar. Tipice sunt și tulburările reflexului de convergență, mai precis ale vederii de aproape, precum și, în anumite cazuri, spasmul de convergență — tulburări care nu permit acomodarea ochiului pentru vederea de aproape sau la distanță. Prezența unei tensiuni musculare funcționale la nivelul ochilor sporește adesea senzația de lipsă a acuității vizuale și diplopia. În ciuda acuzelor celor afectați referitoare la înrăutățirea vederii, este uimitor faptul că în anumite cazuri aceștia se pot orienta și deplasa foarte bine. Tulburarea apare adesea subit și se află în legătură cu anumite probleme psihice și psihosociale.

## **TULBURĂRILE ORGANICE**

Tulburările de vedere cu cauze organice care au componente psihice și psihosociale sunt mai frecvente decât se credea anterior. Cel puțin în cazul anumitor afecțiuni ale ochilor, sunt întotdeauna menționate aspectele psihosomatice, deși nu există încă suficiente dovezi științifice în această privință. Chiar și miopia de până la o dioptrie și jumătate poate avea legătură cu stresul psihic, iar conjunctivita purulentă poate să indice o stare generală proastă a imunității.

## **GLAUCOMUL**

Glaucomul este o afecțiune cronică a ochiului. Aceasta se manifestă prin faptul că presiunea intraoculară este crescută, având următoarele consecințe: corpul vitros apasă pe retină, ceea ce determină comprimarea sensibilului nerv optic. În plus, presiunea crescută afectează și irigarea cu sânge a nervului optic — caz în care daunele pot fi ireparabile și se poate ajunge până la orbire. Dincolo de scăderea presiunii intraoculare, specialiștii vor trebui să aibă în vedere și restabilirea circulației sangvine la nivelul segmentului posterior al ochiului, întrucât în cazul unei părți a persoanelor afectate aceasta se reduce în mod semnificativ.

## **UVEITA**

„Uveita” provine din *uvee* (tunica medie a ochiului); aceasta cuprinde irisul, așa-numitul corp ciliar și coroida. În cazul uveitei toate aceste zone sunt inflamate, adesea la nivelul ambilor ochi. În cazul unei îmbolnăviri bruște, problemele apărute cel mai frecvent sunt: înroșirea pronunțată a ochilor, lăcrimarea crescută, fotosensibilitatea, vedere încețoșată, dureri înțepătoare la nivelul ochilor. În cazul evoluției cronice a bolii, apare treptat scăderea acuității vizuale și scotomul din ce în ce mai sever (pierdere a vederii pe o porțiune limitată a câmpului vizual).

## **CHORIORETINOPATIA SEROASĂ CENTRALĂ**

Această afecțiune neinfecțioasă a retinei, care apare cu precădere la vârsta mijlocie, constă într-o inflamație în zona centrală a retinei. Apare o acumulare de lichid seros sub retină, în zona responsabilă de vederea centrală. Este vorba și despre existența unui defect la nivelul epiteliului pigmentar, un anumit strat retinian prin care acest lichid ajunge să se prelingă. Adesea acuitatea vizuală se îmbunătățește de la sine.

## **HETEROFORIA**

Heteroforia reprezintă tendința spre strabism, deci o deviere temporară de la poziția normală a ochilor. În anumite situații în care vederea celor doi ochi este

disociată (în situații de oboseală, stări febrile, nervozitate, sub influența alcoolului) pot fi observate și alte simptome precum durerile de cap și oculare, senzație de arsură și diplopia.

## **ABORDĂRI PSIHOSOMATICE**

### **FACTORI PSIHOLOGICI**

Conform psihanalizei, oamenii care prezintă tulburări de vedere disociative nu doresc „să vadă ceva”. Tulburările de vedere de obicei

exprimă o suprasolicitare masivă sau reflectă o problemă care există în legătură cu o situație de criză care se manifestă în prezent sau care durează de mai mult timp.

În viața de zi cu zi, văzul are de suferit ca urmare a numeroaselor activități solicitante pentru ochi ca, de exemplu, activitatea permanentă la calculator, privitul timp de ore în șir la televizor, condusul sau lucrul cu microscopul. Problemele ochilor fără cauze organice au adesea legătură cu stresul, în sensul cel mai larg al cuvântului. După cum rezultă în urma unui consult oftalmologic efectuat asupra unor funcționari bancari, cel puțin una din trei acuze cu privire la tensiunea intraoculară (cefaleea, uscăciunea țesutului conjunctiv, problemele oculare generale) apare ca urmare a stresului psihosocial de la locul de muncă. O mare parte a celor mai frecvente probleme (iritații la nivelul retinei, inflamații, mâncărimi, senzația de pleoape „grele”, acuitatea vizuală redusă și diplopia din timpul și de după orele de muncă) sunt de origine psihologică și se bazează mai puțin pe cauze fizice.

Uneori, în cazul tulburărilor de vedere psihogene, este vorba despre consecințele unei situații de viață extrem de traumatizante cum sunt, spre exemplu, experiențele de război. Astfel, în cazul unei grupe de persoane care au suferit traume severe, a rezultat o orbire persistentă ca urmare a faptului că, pentru un timp îndelungat, aceștia au plâns mult.

Funcțiile organice ale ochiului, cum sunt acuitatea vizuală, mobilitatea globului ocular, vederea cromatică și perceperea câmpului vizual, sunt supuse unor fluctuații determinate de starea psihică. Tulburările de vedere organice se asociază cu perioade lungi de stres cronic sau cu schimbări ale vieții care sunt dificil de gestionat, precum divorțul, decesul partenerului sau eșecurile în plan profesional — stresul determină o tensiune intraoculară crescută, o tensiune la nivelul mușchilor oculari și, prin urmare, tulburări de circulație sangvină la nivel ocular.

Conform unor cercetări mai recente, stresul cronic poate să determine chiar apariția glaucomului. Pacienții care suferă de

glaucom sunt foarte sensibili la orice formă de stres. În majoritatea cazurilor de uveită nu sunt identificate cauze organice, astfel încât este suspectată o tulburare autoimună, care este agravată ca urmare a stresului și a circumstanțelor stresante de viață. O afecțiune neinfecțioasă a

retinei (chorioretinopatia seroasă centrală) se datorează adesea stresului psihic, în special al stresului de la locul de muncă.

## **ASPECTE TERAPEUTICE**

Pentru tulburările de vedere disociative, nu există un tratament standardizat, fiind necesară abordarea fiecărui caz în parte și elaborarea unei strategii individuale. Un simplu antrenament de relaxare nu va avea, probabil, rezultatul dorit, motiv pentru care este necesară urmarea unui tratament psihoterapeutic menit să înlăture conflictele psihice care stau la baza tulburării.

În situația suprasolicitării și a obosirii excesive a ochilor, care apare, de exemplu, ca urmare a orelor de lucru petrecute la calculator, exercițiile de antrenament vizual se pot dovedi utile. Ca urmare a practicării acestora, se poate diminua tensiunea de la nivelul mușchilor ciliari, care se află în interiorul ochiului. Cu privire la exercițiile de antrenament vizual menite să reducă miopia, promovate în multe locuri, se recomandă prudență. Nu este atât de simplu să corectezi un defect de vedere cu cauze anatomice cu ajutorul unor exerciții.

În cazul tulburărilor de vedere cu cauze organice care au componente psihice și psihosociale se impune reducerea gradului de stres. Noi descoperiri științifice atestă faptul că, prin intermediul antrenamentului autogen sau al hipnozei, tensiunea intraoculară (glaucomul) poate fi scăzută. Tulburările de vedere care conduc la orbire pot avea consecințe în plan psihic și psihosocial precum depresiile, incapacitatea de muncă sau izolarea socială. În aceste situații, pentru a gestiona mai eficient tulburarea, poate fi util sprijinul psihologic și psihoterapeutic.



## CÂND DINȚII SCRÂȘNESC SAU DOR

*Acolo va fi plângerea și scrâșnirea dinților.*

Noul Testament, *Sfânta Evanghelie după Matei*, 8:12

## BRUXISMUL — OROAREA NOCTURNĂ

*Julia este o elevă de 17 ani care de câțiva ani scrâșnește atât de tare din dinți în timpul nopții încât și-a tocit aproape de tot dinții frontali superiori. Pe tot parcursul nopții dinții ei se macină unii de alții ca pietrele de moară, iar dimineața ea se simte extenuată și se plânge de dureri de cap. Ea însăși nu este conștientă de toate acestea în timpul somnului — spre deosebire de sora ei mai mică, care se trezește cu regularitate din acest motiv. Și în timpul zilei, Julia obișnuiește adesea ca, în mod neintenționat și fără să fie conștientă de acest lucru, să-și preseze atât de puternic dinții între ei, încât apar dureri în zona mușchilor masticatori. Aparatul dentar, care asigură protecția dinților pe timpul nopții, previne consecințele cele mai grave, însă nu rezolvă problema de bază a tensiunii cronice care apare și în timpul somnului. Atunci când se confruntă cu orice formă de stres — de exemplu, înaintea unor examene — și când suferă din dragoste, scrâșnitul se intensifică. În cele din urmă, Julia acceptă utilitatea unei psihoterapii și începe să se confrunte cu problemele „din spate”.*

## „A STRÂNGE DIN DINȚI”: DINȚII ȘI PSIHICUL

În cavitatea bucală au loc activități precum mestecatul, mușcatul, suptul și înghițitul. Dinții îndeplinesc funcția de instrument, datorită faptului că fac posibilă masticția și capacitatea de a vorbi; pot fi însă folosiți și pe post de armă sau considerați obiecte de podoabă.

Gura și dinții reprezintă zone importante implicate în perceperea și exprimarea emoțiilor. Cu ajutorul mimicii, afectele pot fi exprimate prin zâmbet și expunerea atractivă și simpatcă a dinților, expunerea agresivă a dinților, scrâșnetul dinților, încleștarea dinților sau mușcarea buzelor. Zona gurii, a obrazilor și a dinților este traversată

de o rețea densă de nervi, care permit apariția durerii ca semnal util de alarmă, care determină însă și o sensibilitate crescută la durere.

Între aparatul dento-maxilar și psihic există legături mai strânse decât se crede în general. În cazul stresului, mulți oameni literalmente strâng din dinți.

Conexiunea dintre dinți și starea emoțională reiese din numeroase expresii: a scrâșni sau a clănțăni din dinți, a-și arăta colții, a spune cuiva ceva printre dinți, a-ți veni să mănânci pe cineva de drag, a încleșta dinții, a strânge din dinți, a avea un dinte împotriva cuiva, a-i scoate cuiva și dinții din gură, a se ține cu dinții de ceva, a fi înarmat până în dinți, a suporta ceva strângând din dinți. În locul devizei „ochi pentru ochi, dinte pentru dinte” am face mai bine să ținem seama de următoarea remarcă: „Zâmbetul reprezintă forma cea mai elegantă de a-i arăta colții adversarului”.

Problemele stomatologice pot apărea și în situația unor afecțiuni psihice, cel mai adesea în cazul tulburărilor depresive și anxioase, întrucât persoanele afectate suferă de obicei în urma tensiunii cronice instalate la nivelul maxilarului. În lipsa unor dovezi concludente, persoanele depresive acuză adesea dureri de dinți sau se plâng cu privire la disconfortul dat de o proteză dentară, în ciuda unor numeroase verificări ale acesteia. Problemele dentare pot fi „inventate” și în cazul unei dismorfofobii, în sensul unei presupuse diformități din cauza unor dinți hidoși. Pacienții de psihiatrie prezintă și numeroase inflamații parodontale, carii, intoleranțe ale protezelor, precum și sindroamele algice funcționale descrise mai jos.

În cazul copiilor și al tinerilor, suptul susținut al degetului, având ca scop detensionarea, are de-a lungul timpului consecințe ortodontice semnificative. Atunci când este necesară o intervenție ortodontică, apare un nou pericol: pe de o parte, prin intermediul aparatului dentar, dinții sunt ușor împinși înapoi, iar pe de

altă parte, datorită suptului degetului mare și a celorlalte degete, aceștia sunt aduși înainte. Ca urmare a acestui fapt, este posibil ca

dinții să înceapă să se miște, în cazul în care comportamentul de supt al degetelor nu este stopat.

#### **Tabelul 14:** Probleme stomatologice relevante din punct de vedere psihosomatic

Un alt aspect psihic important referitor la tratamentul stomatologic îl reprezintă frica larg răspândită față de stomatolog, care într-o măsură mai mare sau mai mică se regăsește la 75% din populație. Forma patologică a acestei frici de stomatolog este astăzi în mod justificat denumită odontofobie. Circa 15% din populație suferă de această fobie, motiv pentru care vizitele la stomatolog sunt fie însoțite de un grad sporit de anxietate, fie cu totul evitate. De aici rezultă un cerc vicios: teama față de durere are ca urmare evitarea tuturor controalelor stomatologice, ceea ce în decursul timpului determină îmbolnăvirea dinților și, de abia odată cu aceasta, instalarea unor probleme semnificative și a unor dureri severe.

## **TULBURĂRILE FUNCȚIONALE**

### **Bruxismul**

Tulburările funcționale fără cauze organice din zona gurii și a maxilarului se numesc „parafuncții dentare” („parafuncția” = proces autodistructiv al forțelor funcționale exersate automat — *n.red.*). Este vorba despre fenomene precum scrâșnitul, frecarea și înclăștarea dinților, sugerea obrazilor între dinți și presarea cu limba a propriilor dinți sau a unor părți care au fost înlocuite. În mod normal, la o persoană relaxată dinții intră în contact reciproc maximum 10 minute pe zi, iar în caz de stres acest timp se multiplică.

Pe termen lung apar probleme semnificative care adesea sunt tratate de abia atunci când apar dureri:

- Deteriorări ale dinților: suprafețe dentare erodate care determină tocirea unor coroane dentare, fiind așadar vorba despre pierderi de substanță ale smalțului dentar (cunoscută drept „abraziune” a

dinților), crăpături în smalțul dentar, colțuri rupte, defecte ale dintelui (porțiunea dintre coroană și rădăcină), sensibilizarea rădăcinii și a nervului dentar, care are ca urmare dureri similare cu cele apărute în cazul cariilor sau sensibilitate termică extremă.

- Deteriorări ale aparatului dentar: degradarea dentinei, slăbirea dinților și deplasarea acestora, precum și mișcarea anumitor plombe, existând pericolul căderii dinților.
- Deteriorări ale musculaturii: inflamațiile, modificările țesuturilor, tulburările de coordonare în derularea mișcărilor și durerea însoțită de senzația de presiune în timpul masticației constituie adesea consecințele tensiunii musculare permanente care, împreună cu procesele metabolice, determină irigarea defectuoasă a țesuturilor.
- Deteriorări ale articulației mandibulei: limitare a mișcării mandibulei, deschiderea cu dificultate a gurii, zgomote ale articulațiilor, modificări de poziție și deformări ale articulației mandibulei determinate de presiunea apărută ca urmare a sarcinilor care rezultă din compresie și tracțiune.
- Deteriorări ale mucoasei bucale și ale limbii: răni și modificări la nivelul mucoasei bucale și al limbii, determinate de mișcarea continuă a limbii și obrazilor, precum și de mușcarea permanentă a țesutului.
- Dureri: dureri la nivelul mandibulei și al feței, dureri care iradiază la nivelul

gâtului, umerilor, tâmpelor și urechilor, în urma cărora apar dureri de cap, migrene, tinitus și dureri la deschiderea gurii.

Scrâșnitul din dinți este cea mai cunoscută parafuncție. Acesta se referă la o activitate excesivă a sistemului masticator care se manifestă prin scrâșnitul dinților și încheștarea involuntară a maxilarelor, în lipsa unui scop funcțional, îndeosebi în timpul nopții. În situații de concentrare maximă, bruxismul poate apărea și pe timpul zilei, când se manifestă în special prin încheștarea maxilarului. Bruxismul nocturn se manifestă în special prin scrâșnirea și frecarea

dinților între ei, existând și episoade de încheștare. 8% din populație suferă cel puțin o dată pe săptămână de bruxism, iar la aproape jumătate dintre aceștia scrâșnitul apare și pe timp de noapte. Circa 80% sunt femei. La ora actuală bruxismul se răspândește în mod accelerat — ca urmare a condițiilor de viață stresante; tot mai multe persoane cu vârste cuprinse între 20 și 40 de ani au dinții atât de tociți cum, de fapt, ar fi de așteptat în cazul persoanelor mult mai în vârstă.

Persoanele afectate adesea nici nu sesizează gradul de tensionare și măsura în care scrâșnesc din dinți, întrucât ele obișnuiesc să scrâșnească în timpul somnului (circa un minut pe oră), descărcându-și astfel în timpul somnului tensiunea interioară. Prin urmare, este explicabil de ce, în cazul purtării unui aparat dentar pe timpul nopții (o proteză dentară din plastic), există pe timp de zi perioade în care starea de neliniște și tensiune se intensifică, cel puțin în mod trecător.

Tensiunea cronică a musculaturii determină pe termen lung sporirea numărului de contacte nonfiziologice ale dinților și exercitarea unei presiuni masive asupra dinților (de exemplu, timp de până la 40 de minute, se exercită o presiune de până la 70 de kilograme, apărând dureri severe la nivel mandibular). Persoanele afectate își supun dinții și întregul sistem masticator unei presiuni enorme. Această presiune exercitată asupra dinților poate atinge în cazul femeilor până la 300 de kilograme, iar în cazul bărbaților până la 400 de kilograme.

## **MIOARTROPATIA**

Cea mai frecventă formă de durere somatoformă la nivelul feței este mioartropatia cronică a sistemului masticator, o tulburare care se datorează tensiunii la nivelul mușchilor masticatori (miopatie), la nivelul articulației mandibulei (artropatie) sau la ambele niveluri (mioartropatie). O mioartropatie cuprinde cel puțin trei dintre următoarele simptome: zgomote ale articulației la mișcarea maxilarului, mișcarea limitată sau sacadată a maxilarului, durere la exercitarea funcției maxilarului,

contractție spastică a maxilarului la deschidere, încheștarea dinților, bruxism sau alte parafuncții orale (mușcarea sau presarea limbii, a buzelor sau a obrazilor). Tulburarea se mai numește și sindromul disfuncției dureroase a articulației temporo-mandibulare (ultima denumire fiind între timp acceptată la nivel internațional).

Sunt prezente dureri persistente la nivelul musculaturii masticatorii și faciale (gura, dinții, articulația mandibulară), precum și a regiunilor adiacente feței (musculatura masticatorie, musculatura tâmpelor, zona ochilor), care pot iradia în lateral până la nivelul gâtului, ajungând chiar și până la nivelul capului. Adesea se instalează o tensiune musculară și apar puncte de presiune care se localizează bilateral la nivelul mușchilor masticatori, precum și zgomote la nivelul articulațiilor maxilarului și probleme de mobilitate ale mandibulei. În plus, persoanele afectate mai descriu următoarele simptome: stare de rău cu amețeală, dispoziție depresivă, anxietăți, bruxism (în special, scrâșnitul dinților pe timp de noapte), crampe musculare până la nivelul coloanei vertebrale și al regiunii umăr-braț. Aceste dureri nu constituie o nevralgie de trigemen, al cărei debut este brusc și unilateral — cum adesea se presupune —, ci este vorba despre o durere persistentă sau care se instalează în reprize, manifestându-se adesea bilateral, la nivelul feței și în zone care se află în afara ariei de acoperire a nervului trigemen. Tabloul clinic al mioartropatiei utilizat în stomatologie este întâlnit și în otorinolaringologie, purtând și denumirea de durere facială atipică, dar având cauze diferite, chiar dacă și în domeniul stomatologic sunt utilizați adesea aceiași termeni.

## **SENZAȚIA DE ARSURĂ LA NIVELUL CAVITĂȚII BUCALE**

Senzația de arsură la nivelul cavității bucale, al limbii și al palatului apare frecvent la persoanele mai în vârstă, de sex feminin, care adesea sunt purtătoare de proteză. Simptomele variază în funcție de momentul din zi: în timpul dimineții, de regulă, acestea sunt slabe, intensificându-se de obicei seara și determinând, implicit, și apariția unei tulburări de somn. În plus, această senzație se poate asocia cu uscăciunea gurii și senzații precum furnicături, mâncărimi, înțepături

sau iritație. Acestea variază în intensitate și localizare și nu se află în aria de acoperire a anumitor nervi, acest lucru însemnând că nu pot fi identificați factori organici care determină aceste senzații. Cauza o reprezintă factorii psihogeni nespecifici cum sunt depresiile și stresul cotidian. Atunci când, după ce cauzele organice au fost excluse, s-a renunțat timp de o săptămână la purtarea protezei, care nu s-a soldat cu nicio ameliorare a senzației de arsură la nivelul cavității bucale, urmarea

exclusivă a unui tratament stomatologic va avea șanse egale cu zero.

## **Afecțiuni legate de amalgam**

În prezent, problemele legate de amalgam sunt denumite de specialiști ca afecțiuni „legate de mediu” și sunt considerate ca făcând parte dintre tulburările somatoforme. Persoanele afectate nu privesc lucrurile în același mod și consideră că problemele dentare sau alte probleme fizice nespecifice pot fi puse în legătură cu plombele de amalgam, pe care le consideră periculoase. Concentrația mercurului eliberat este însă atât de redusă, încât nu există nicio posibilitate ca aceste plombe să constituie cauza problemelor semnalate. Așadar, înaintea anumitor intervenții stomatologice sau în situația în care, deși dinții sunt sănătoși, există nevoia permanentă de a urma tratamente stomatologice, ar trebui luată în calcul, mai des decât până în prezent, posibilitatea să fie prezente anumite tulburări psihice.

## **TULBURĂRILE ORGANICE**

### **BOLILE PARODONTALE**

Bolile parodontale infecțioase (parodontoza), care distrug osul maxilar, reprezintă o problemă care ia amploare. Primul simptom îl reprezintă sângerarea gingiei. O inflamație apărută inițial la nivelul gingiei care este cauzată de bacteriile din placa dentară și se extinde de la nivelul țesutului moale din întregul parodont, deci și la nivelul

osului maxilar, determinând, într-o primă fază, din cauza fenomenului de regresie a osului, mișcarea, iar ulterior căderea dinților.

Organismul se apără de intruși, dar dezvoltă o reacție exagerată care are cauze fatale: mare parte a leziunilor tisulare nu sunt provocate de bacterii, ci de reacția sistemului imunitar. De remarcat este faptul că 40% dintre germanii adulți prezintă o formă ușoară de parodontoză, fără ca, de obicei, să fie conștienți de acest fapt. Astfel, această afecțiune stomatologică este mai răspândită decât cariile. Dintre persoanele de 30 de ani, deja 15% suferă de o formă atât de agresivă de inflamație gingivală, încât acestea sunt expuse pericolului de cădere a dinților. În contrast cu această situație, oamenii din țări în curs de dezvoltare prezintă o situație dentară mult mai bună.

O sarcină importantă în cadrul educației pentru sănătate o constituie sublinierea importanței alimentației și a îngrijirii corecte a dinților. Dulciurile, care sunt responsabile de apariția cariilor, și spălatul pe dinți sporadic vor determina ca, pe termen scurt sau lung, să apară problemele dentare.

## **PROBLEME LEGATE DE PROTEZĂ**

Pierderea dinților, protezele și intoleranța față de proteze pot influența semnificativ starea psihică. Persoanele care manifestă o intoleranță la purtarea protezelor (atât proteza veche, cât și cea nouă sunt refuzate pe motiv că nu se așază în mod corect) vor merge de la stomatolog la stomatolog — întocmai ca pacienții cu tulburări somatoforme; la început aceștia caută o soluție strict stomatologică, fără a dori să se confrunte cu problemele psihice și psihosociale existente. Fenomenul intoleranței psihogene la purtarea protezelor se referă la faptul că proteza nu se așază în mod corect din motive psihice. Dinții artificiali evocă, chiar și în mod inconștient, pierderea dureroasă a dinților naturali, constituind un indiciu asupra degradării fizice apărute odată cu înaintarea în vârstă. Uneori, în fundal se află frica față de diformitate, care a rămas negestionată.

## **ABORDĂRI PSIHOSOMATICE**



## FACTORI PSIHOLOGICI

Aspectele psihologice din stomatologie sunt mai diverse decât se cunoaște în general și pe viitor acestea ar trebui luate mai în serios. Tensiunile apărute la nivelul gurii și al feței se manifestă pe fondul unei tensiuni emoționale crescute și se datorează unor factori psihoreactivi și stresului de la locul de muncă și din cadrul familiei. În cazul bruxismului, dacă nu vor fi înlăturate problemele psihice din fundal la scurt timp după aplicarea măsurilor stomatologice care se impun — cum sunt aplicarea aparatelor sau coroanelor dentare, vor apărea alte deteriorări și dureri. În afara factorilor stresori generali de natură psihosocială, în anumite cazuri vor trebui avute în vedere și așa-numitele fenomene de conversie; în special, vor trebui luate în considerare problemele concrete apărute în relațiile interumane: furia puternică cu privire la partenerul de cuplu poate să determine o tensionare dureroasă a maxilarului.

Categoric că, pe termen scurt, încheștarea maxilarelor, scrâșnitul dinților și presarea limbii au consecințe pozitive: astfel, va putea fi diminuată o stare de tensiune interioară, în același mod în care anumiți oameni obțin temporar o ameliorare ca urmare a scărpănării, creșterii sau tăierii pielii; rezultatele pe termen lung sunt însă dezastruoase, iar problema de bază nu se rezolvă procedând astfel.

Stresul, problemele psihosociale și tensiunea emoțională cum este, de exemplu, starea de supărare care se prelungește pe o perioadă mai lungă, stările anxioase sau depresive constituie, de asemenea, premise pentru dezvoltarea unei mioartropatii. În special, reprimarea unor emoții determină apariția stresului emoțional, care se manifestă și la nivel muscular. Tensiunea musculară cu cauze psihoafective a aparatului dento-maxilar poate fi adesea pusă în legătură cu comportamente de luptă sau de reprimare a agresivității, cu suprasolicitarea individuală și cu factorii stresori de natură psihosocială. Presiunea creează presiune!

Conform unor noi descoperiri, este posibil să existe o legătură între bolile parodontale și stresul cronic, care diminuează rezistența

organismului împotriva infecțiilor, ca urmare a slăbirii sistemului imunitar. Pe de o parte, mulți oameni își neglijează igiena dentară atunci când trăiesc în condiții de stres psihic cronic, pe de altă parte, în situațiile de stres, factorii imunitari protectivi din salivă se diminuează, astfel încât bacteriile pot prolifera. Perioadele marcate de examene, crizele la locul de muncă sau stresul cotidian pot declanșa adevărate crize parodontale.

## **STRATEGII TERAPEUTICE**

Este deosebit de important ca persoanele afectate să învețe să perceapă gradul de tensiune instalat la nivelul maxilarului și al feței și să coreleze stările lor de tensiune interioară cu stresul provenit din exterior. Intervențiile psihologice recomandabile în cazul problemelor dento-maxilare care au și cauze psihice includ, în mod necesar, pe lângă acțiunile centrate pe problemă (acordarea de ajutor pentru gestionarea situațiilor stresante de natură psihosocială și a tensiunilor emoționale), și măsuri care sunt centrate pe înlăturarea simptomelor cum sunt diferitele tehnici de relaxare. Atunci când sunt asociate și depresii, se recomandă urmarea unui tratament psihoterapeutic și/sau farmacoterapeutic. În lipsa identificării unor cauze organice, adesea este suficient să-i fie oferite pacientului explicații detaliate cu privire la conexiunile dintre corp și psihic care se stabilesc la nivelul zonei dento-maxilare, pentru a-l determina să renunțe la a persista în urmarea unor măsuri suplimentare de tratament stomatologic.

### **CÂND MIȘCAREA ESTE PERTURBATĂ**

*Natura noastră este mișcarea. Repausul total este moartea*

BLAISE PASCAL, *Cugetări*

## **AMEȚEALA — FRICA PERMANENTĂ DE A CĂDEA DIN PICIOARE**

*Doamna Kaufmann are 37 de ani, are un loc de muncă, este căsătorită și este mamă a doi copii aflați în școala primară. De trei ani suferă permanent de amețeală, având frica de a nu cădea din picioare. Această frică este întreținută de amintirea unui colaps jenant pe care l-a trăit la vârsta pubertății, în fața unui număr relativ mare de persoane. Doamna Kaufmann s-a supus deja unor numeroase controale medicale și a consultat un medic specialist în medicina internă și doi medici O.R.L.; aceste investigații, precum și măsurările repetate ale propriei tensiuni arteriale au convins-o, în final, că nu se află nici în pericolul de a suferi un infarct și că nici nu are o tensiune arterială prea mică. În cele din urmă, medicul de familie îi recomandă să meargă la masaj — pentru a-și trata tensiunea cronică de la nivelul umerilor și gâtului — și — pentru tulburarea de anxietate generalizată — să urmeze un tratament psihoterapeutic de orientare comportamentală. Cu timpul, doamna Kaufmann ajunge să înțeleagă care este adevăratul motiv al amețelilor ei: așteptarea ei de a performa perfect, atât în profesie, cât și în familie și incapacitatea ei de a se relaxa au condus la o încordare musculară cronică asociată cu senzația neplăcută de amețeală. În consecință, prezintă un pronunțat comportament de evitare care se manifestă prin frica de spații largi (agorafobie). Prin intermediul unor exerciții care se orientează asupra corpului, al unui antrenament special recomandat pentru cazurile de amețeală și al unui antrenament de gestionare a anxietății, doamna Kaufmann câștigă din ce în ce mai multă încredere în corpul ei. Pe lângă modificările de comportament, apar și schimbări ale tiparelor de gândire referitoare la necesitatea de a obține perfecțiunea în tot ce face — îngrijirea copiilor, menajul, activitatea profesională și asistența la construirea casei.*

## **„A-ȘI PIERDE ECHILIBRUL”: MIȘCAREA ȘI PSIHICUL**

Aparatul locomotor este format din întregul eșafodaj al corpului nostru — din schelet cu toate oasele, articulațiile, tendoanele, ligamentele și mușchii. Articulațiile constituie legăturile mobile care asigură mișcarea fără frecare a suprafețelor osoase. Cartilajul articular acoperă capetele osoase și poate să egalizeze anumite neregularități

ale suprafețelor articulare, precum și să preia din șocuri, dată fiind capacitatea acestuia de a-și modifica forma. Ligamentele realizează legăturile la nivelul scheletului: legăturile de la os la os care au rolul de a stabiliza articulațiile. Tendoanele sunt formate din țesut conjunctiv, cu ajutorul cărora mușchii se fixează pe oase, având rolul de a mobiliza scheletul prin forța mușchilor. Datorită încordării mușchilor, comandată de sistemul nervos vegetativ, se transmite mișcarea la nivelul scheletului și al articulațiilor.

Coloana vertebrală are o importanță majoră în menținerea posturii și a efectuării mișcării corpului: poziția verticală este menținută cu ajutorul coloanei vertebrale și a complicatului sistem muscular care se fixează de aceasta. În cele din urmă, toți mușchii membrelor și ai trunchiului sunt conectați, într-un fel sau altul, cu coloana vertebrală. Vertebrele se suprapun și au forma unor inele osoase, ale căror orificii sunt străbătute în siguranță, de la creier în jos, de către măduva spinării și de nervii care pornesc de la nivelul acesteia. Articulații mici leagă vertebrele între ele, asigurând mișcarea fără frecare a acestora. Între vertebre se află discurile intervertebrale care acționează ca niște amortizoare. Acestea sunt constituite dintr-un inel fibros și un nucleu pulpos, care nu sunt vascularizate. În urma solicitărilor zilnice, nucleul pulpos este tasat, astfel încât este posibil ca seara să poată fi înregistrate scăderi în înălțime de până la doi centimetri.

Un bun contact cu solul, o bună stabilitate, precum și priceperea generală de a face față greutăților sunt adesea denumite în psihoterapie drept „a sta ferm pe propriile picioare”. În sens figurat, în relația pe care o avem cu solul se reflectă și relația pe care o avem cu realitatea și măsura în care ne simțim ancorați în relațiile noastre sociale.

Numeroase expresii arată conexiunile care se stabilesc între corp și psihic în sfera mișcării: a înțepeni de frică, a se simți paralizat, a fi total încordat, a nu putea sta pe propriile picioare, a-ți tremura picioarele de frică, a i se muia cuiva picioarele, a i se tăia cuiva picioarele, a-i tremura cuiva genunchii, a merge în genunchi, a fi din

nou pe propriile picioare, a i se înmuia cuiva genunchii, a avea o poziție

dificilă, a fi cu un picior în groapă, a fugi cuiva pământul de sub picioare, a ajuta pe cineva să se pună pe picioare, a-și pierde echilibrul, a cădea la picioarele cuiva, a fi mereu în mișcare, a nu avea coloană vertebrală, a se ține bățos, a pleca în fața cuiva capul.

Tulburările de mișcare și de echilibru apar și în situația unor afecțiuni psihice. Pacienții depresivi pot să sufere ca urmare a unor blocaje la nivelul aparatului locomotor și se pot simți total lipsiți de putere, pot prezenta un mers lent sau pot fi complet imobili. În situația în care lipsește energia fizică și psihică, amețea este un simptom care apare adesea. Această amețea se prezintă ca senzație de gol sau de ceață în cap, ca un soi de vâl asupra percepției și a gândirii, ca stare de buimăceală sau nesiguranță în timpul mersului. În cazul unei depresii cu simptome fizice pronunțate, amețea poate constitui principalul simptom pe care pacienții îl acuză. Amețea apare și în cadrul neuroasteniei, mai precis în situația unei „epuizări nervoase”. Numeroși pacienți anxioși care manifestă stări severe de tensiune au teama de a nu cădea din picioare și acuză în permanență amețeli, care determină dezvoltarea ulterioară a unei frici de a se afla în spații largi (agorafobie).

**Tabelul 15:** Tulburări de mișcare relevante din punct de vedere psihosomatic

## TULBURĂRILE FUNCȚIONALE

În sistemul de diagnosticare curent sunt precizate următoarele codificări pentru tulburările neorganice ale mișcării:

- tulburări de mișcare disociative (tulburări de mers și de postură, paralizii)
- crize convulsive disociative (convulsii psihogene)

- alte tulburări somatoforme (amețeala psihogenă, tremorul psihogen, convulsiile și crampele musculare psihogene)

## **TULBURĂRILE DE MIȘCARE DISOCIATIVE**

### **Tulburările disociative de mers și de postură**

Tulburările de mers și de postură de factură psihogenă au la bază o slăbiciune sau o paralizie a unuia sau a ambelor picioare cu cauze psihice (mai rar o tulburare de coordonare sau dureri care apar în funcție de mișcarea efectuată, dar fără paralizie) și se manifestă printr-un mers bizar sau prin incapacitatea de a merge sau de a sta fără sprijin. Alte caracteristici sunt: tiparele de mișcare și posturile care necesită mult efort: încetinirea evidentă și exagerată a derulării mișcării („în reluare”); a merge „ca și când ai aluneca”; a înainta cu pași mici, a merge cu picioarele depărtate, a înainta cu prudență exagerată și a merge ca pe gheață; rotirea brațelor; efectuarea unor fandări bruște; cedarea bruscă a genunchilor fără a cădea din picioare; căutarea sprijinului însoțitorului; ezitări de scurtă durată în timpul mersului și al statului în picioare; poziție fermă la statul pe loc, urmată de mișcări progresiv ezitante la închiderea ochilor și întinderea mâinilor înainte, cu îmbunătățirea ulterioară a echilibrului la distragerea atenției într-un mod adecvat. La efectuarea unor mișcări neobișnuite (de ex., fugitul în spate) și în poziția culcat nu se poate observa nimic din toate acestea, iar modul de derulare a mișcărilor este unul normal. Tulburarea se asociază adesea cu un tablou simptomatologic psihomotor. De ex.: poziția bizară a mâinii, gesticularea cu brațele, apucarea piciorului cu mâna, aspect suferind sau tensionat al feței, gemete sau hiperventilație. De asemenea, caracteristice sunt și evoluția extrem de schimbătoare, precum și diminuarea evidentă a disconfortului la distragerea atenției.

În cazul tulburărilor de mers și de postură adesea nu se mai produce nicio ameliorare dacă simptomele s-au manifestat pe parcursul unei perioade mai lungi de 4 luni înainte de spitalizare. Tulburările de conversie se remit adesea rapid (în regim spitalizat în circa 2 până la 3 săptămâni) sau au tendința să se cronicizeze.

## **Paraliziile disociative**

Paraliziile disociative pot imita întregul spectru al leziunilor neurologice și se prezintă sub forma paraplegiilor, paraliziei complete sau hemiplegiilor. Paralizia poate fi parțială, însoțită de mișcări slabe sau încete sau totală. Uneori se asociază cu tremorul sau scuturatul extremităților. Simptomele pe care le prezintă persoanele cu paralizii disociative vor fi conforme cu convingerile medicale neavizate ale acestora. De obicei, aceștia au reflexe musculare normale și nu prezintă atrofii musculare, iar când li se distrage atenția, pot pune în mișcare mușchii aparent paralizați, paralizia nefiind prezentă nici în timpul somnului sau al efectuării unor activități de rutină.

## **CRIZELE CONVULSIVE DISOCIATIVE**

Crizele convulsive disociative sunt crize nonepileptice cu mișcări convulsive bruște și neașteptate, fără pierderea cunoștinței; crizele pot avea însă și o evoluție treptată. De obicei, în timpul crizei, valorile EEG și rezultatele măsurărilor cardiovasculare sunt normale. Crizele pot fi de diferite tipuri. Ele pot lua forme de manifestare de la „tresăririle bruște” până la „reflexul de a face pe mortul”, de a „îngheța”. Când persoanele afectate au o criză convulsivă disociativă aceasta se aseamănă unor forme de criză epileptică; nu sunt prezente însă criterii precum mușcarea limbii, pierderea de urină, contuziile sau leziunile datorate căzăturii. În plus, în timpul crizei sunt evitate de obicei pozițiile dureroase. În locul pierderii cunoștinței apare o stare catatonică sau de transă. De asemenea, este posibil ca persoanele afectate să se lase ușor spre sol, neajungând să se rănească. Aflate în această stare, aceste persoane nu reacționează la stimulii externi, deși nu și-au pierdut cunoștința.

În mod preferabil, crizele au loc în prezența unui public și de obicei într-un mediu securizant, de regulă având loc ziua și foarte rar pe timp de noapte. Evoluția este adesea expresivă și dramatică. Având o durată medie de peste două minute, o asemenea criză durează de obicei mult mai mult decât o criză epileptică și, de asemenea, se manifestă mai frecvent decât cea din urmă. Nu sunt rare cazurile în

care apare de mai multe ori pe zi. După criza propriu-zisă, persoana afectată continuă să prezinte pentru un timp o stare modificată de conștiință: expresia facială pare dramatică, pupilele sunt dilatate, ochii fixează solul, pot apărea vocalizări ale unor sunete. Convulsiile disociative se pot asocia cu crizele epileptice. Trei sferturi dintre persoanele afectate sunt femei, majoritatea cu vârste cuprinse între 15 și 35 de ani, care prezintă și alte tulburări psihice (depresii, risc de suicid, tulburări de personalitate, tulburări somatoforme).

## **UNELE TULBURĂRI SOMATOFORME**

### **Amețeala psihogenă**

Amețeala psihogenă este una dintre acuzele medicale cele mai frecvente ale oamenilor și, împreună cu durerile de cap și de spate, se numără printre cele mai frecvente motive de a consulta un medic. 38% dintre germani (32% dintre bărbați și 44% dintre femei) suferă de amețeli ușoare, medii sau severe, iar la 8% dintre aceștia vertijul este patologic. Se estimează că acuză amețeli aproximativ 20% din totalul pacienților care suferă de diverse boli. Amețeala nu este o boală, ci un simptom care poate avea multe cauze. De aceea este neapărat necesară identificarea unor cauze organice. Un set complet de investigații medicale necesare pentru stabilirea cauzelor vertijului include controale medicale în specialitățile ORL, oftalmologie, medicină internă, neurologie și psihiatrie. Amețeala care are drept cauze stările de tensiune este cunoscută sub denumirea de sindrom vertiginos (vestibular).

Amețeala reprezintă un semnal de alarmă, un indiciu asupra amenințării la adresa stării de echilibru. Aceasta invită la prudență și la atingerea unui nivel mai bun de control corporal pentru a proteja organismul de prejudiciile pe care le-ar putea suferi în cazul unei prăbușiri. Amețeala ia naștere ca urmare a unor percepții contradictorii cu privire la poziția spațială a corpului. Centrul echilibrului aflat la nivelul trunchiului cerebral prelucrează toate informațiile pe care le recepționează, declanșând ulterior amețeala care are rolul de a trage un semnal de alarmă în cazul în care aceste



informații nu sunt concordante. La toate acestea contribuie sistemul vestibular (organul echilibrului de la nivelul urechii), sistemul vizual (ochii) și sistemul senzorial (percepția corporală).

Cuvântul „amețeală” are multiple semnificații. În spațiul anglo-american se mai folosesc și două alte cuvinte: *vertigo* (care provine din latinescul *vertere* = a învârti), pentru a desemna sindromul vertiginos, și *dizziness* ca denumire a amețelii. Pe lângă pericolul pierderii echilibrului, termenul de amețeală exprimă și stări psihice: anxietate, uluire, groază, confuzie, senzație de gol în cap, diminuare a atenției și concentrării. Cuvântul german „Schwindel” (vertij) provine din limba germană medie, mai precis din *swintilon* (a-și pierde cunoștința), și se referă la pierderea simțurilor, la starea de slăbiciune fizică și la ezitarea apărută ca urmare a pierderii echilibrului. Modul clasic în care Școlarul acuză o stare de amețeală în opera *Faust* de Goethe este: „Mă-ncearcă toate astea-acum, parcă o moară mi-ar umbla prin cap”.

Conform cifrelor, amețeala psihogenă — care se înregistrează în aproximativ jumătate dintre cazuri — apare mult mai frecvent comparativ cu alte forme de amețeală cu cauze organice și se asociază adesea cu o tulburare psihică, așa cum este tulburarea de anxietate (agorafobia cu tulburare de panică). Anxietatea, depresiile, stresul și starea de epuizare („neurastenii”) pot cu adevărat să determine corpul să devină instabil, persoana ajungând să amețească. Motivul pentru care anxietatea și depresia se pot asocia cu amețeala se explică datorită conexiunii strânse dintre centrii nervoși care reglează orientarea în spațiu și sistemul limbic de la nivelul creierului, care reprezintă sediul emoțiilor.

Vertijul care apare în stările anxioase este o stare de amețeală difuză, care adesea este trăită ca stare de stupefacție, gol în cap, teamă de a leșina, nesiguranță în timpul mersului și al statului în picioare, lipsă de stabilitate, senzație de clătinare a solului, a mediului înconjurător sau a propriului corp, senzație de plutire deasupra norilor. Persoanele afectate se simt amețite, ca și când s-ar afla în stare de beție — se clatină, „nu sunt bine înfipite în pământ”, se simt

fără sprijin și neancorate la sol. În aceste cazuri este vorba despre un sindrom vertiginos care apare ca urmare a unei tensiuni musculare cronice — și nu despre o amețală care se asociază cu tulburări ale tensiunii arteriale, ale urechii interne sau ale ochilor. Prezența în apropiere a unei persoane de încredere, șederea pe un scaun sau întinderea la orizontală aduc adesea o ameliorare, în timp ce, dimpotrivă, mișcările capului pot agrava aceste stări.

În anumite situații, numeroși oameni care suferă de teama de spații largi (agorafobie) nu percep atât de pregnant senzația de frică și celelalte simptome, ci prezintă adesea, în mod subiectiv, doar simptome de amețală, temându-se în primul rând față de aceasta. Pacienții care suferă de amețală manifestă frecvent tendința de a se autoobserva în mod exagerat și anxios: fenomene absolut normale cum sunt balansările ușoare ale corpului sau mișcările involuntare ale capului sunt îndată percepute ca fiind alarmante.

În cazul oamenilor cu tulburări de anxietate se poate face o deosebire relativ clară între două tipuri de sindroame vertiginoase:

1. Atacuri fobice — sindrom vertiginos cu și fără simptome de panică. În cazul fricii de spațiile largi (agorafobie), apare brusc și amenințător o amețală puternică însoțită de stupoare, nesiguranță la statul în picioare și în timpul

mersului, greață și teama de a cădea din picioare.

2. Tulburarea de postură și de mers psihogenă. Reacțiile față de sperieturi determină „înmuierarea genunchilor”. Persoanele afectate simt că amețesc în timpul mersului fără a acuza în mod direct amețală în cap. Ele au senzația de clătinare în timp ce stau în picioare și în timp ce merg și de aceea se deplasează încet și ezitant (ca pe gheață). Permanentă frică de a nu cădea determină o tensiune musculară cronică însoțită de tulburări ale echilibrului care se poate exprima și sub forma unor reacții agorafobice. Numeroși pacienți cu agorafobie au ajuns să dezvolte comportamente de evitare din cauza amețelii inexplicabile.

## **Tremorul psihogen**

Tremorul (tremuratul) reprezintă o mișcare ritmică apărută ca urmare a unei puternice tensiuni musculare. Pe lângă tremorul esențial și tremorul care este specific tulburării Parkinson, există și un tremor psihogen. Poate apărea un tremurat sau scuturat exagerat al uneia sau al mai multor extremități sau al întregului corp, acestea manifestându-se cel mai adesea la brațul dominant, atât în stare de repaus, cât și de mișcare. Ceea ce mai demult se numea tremurat „истерич” se manifesta în trecut nu numai la femei, ci și, de exemplu, în cazul multor soldați din Primul Război Mondial.

Este suspectată existența unui tremor psihogen atunci când apar următoarele semne: debutul brusc, de obicei bilateral, ameliorarea rapidă și totală a afecțiunii, inițial se manifestă o dizabilitate funcțională maximă, iar ulterior evoluția este statică sau schimbătoare, combinația neobișnuită a unor forme diverse de tremor care apar în timpul repausului sau în timpul acțiunii, intensificarea tremorului când atenția este îndreptată spre corp, diminuarea intensității și a frecvenței de apariție a tremuraturii la distragerea atenției, prezența altor tulburări de conversie precum sunt tulburările de mers psihogene, semne de „coactivare” (la punerea în mișcare pasivă a extremităților are loc o activare voluntară a unor grupe musculare opuse). O caracteristică tipică o reprezintă tensionarea în prealabil a musculaturii mâinilor și brațelor, care precede apucarea și ținerea în mână a unui pahar; aceasta constituie expresia tensiunii generale care apare în situațiile sociale.

## **Ticurile nervoase somatoforme (miocloniile psihogene)**

Prin acestea se înțeleg mișcările convulsive involuntare, care apar brusc, sunt de scurtă durată și pot fi percepute de cei din jur. Apar mișcări spasmodice ca urmare a contractării sau decontractării anumitor grupe musculare sau la nivelul întregului

braț și picior. Acestea pot apărea și la nivelul feței sau al ochilor. În cazul a numeroase persoane afectate, simptomele se manifestă cu precădere în stare de repaus, se agravează la efectuarea mișcării și se ameliorează la distragerea atenției.

## **Crampele musculare psihogene (distoniile psihogene)**

Este vorba despre crampe la nivelul mușchilor scheletici care determină astfel o poziție incorectă a capului, a umerilor sau a brațelor. Exemplele tipice sunt torticolisul psihogen sau grafospasmul psihogen. Acest diagnostic poate fi suspectat atunci când, spre deosebire de distoniile organice, apare o ameliorare sau relaxare la distragerea atenției și când evoluția este schimbătoare și se asociază și alte probleme psihice și psihosomatice.

## **TULBURĂRILE ORGANICE**

Tulburările de mișcare sunt afecțiuni ale sistemului nervos central care se asociază fie cu mișcări involuntare (hiperchinezii), fie cu tulburări ale efectuării voluntare a secvențelor de mișcare (de ex., efectuarea cu dificultate a unor mișcări, achinezie). Tulburările de mișcare cu cauze neurologice determină apariția unor probleme psihosociale ca urmare a faptului că, fiind vizibile pentru cei din jur, acestea devin motive de discriminare. Cea mai frecventă tulburare de hiperchinezie este fără îndoială tremorul (tremuratul), care poate avea numeroase cauze organice. Cele mai cunoscute forme sunt: tremorul esențial, tremorul specific bolii Parkinson, tremorul distonic (ca urmare a crampelor musculare) și „restless legs” (neliniștea permanentă a picioarelor).

Tremorul esențial apare la 1% din populație de obicei în cazul apucării și/sau al efectuării unor mișcări; acesta nu este cauzat de stresul psihic sau social, întrucât acesta apare și în mediul relaxat de acasă, dar datorită caracterului său vizibil în public, determină

probleme psihosociale precum anxietatea, depresiile, dar și, uneori, abuzul de alcool, în cazul a 20% până la 40% dintre cei afectați.

Alte afecțiuni legate de mișcare sunt sindroamele mioclonice (contracții musculare), distoniile (crampe musculare precum în cazul grafospasmului, al torticolisului sau al spasmului pleoapelor), tulburări spastice de mișcare și ataxii (tulburări în derularea ordonată și coordonarea mișcărilor musculare). Acestea pot apărea și în cadrul unor boli neurologice cum ar fi scleroza multiplă sau coreea Huntington; extrem de temute sunt și tulburările de mișcare care apar relativ frecvent în urma unui accident vascular cerebral. De asemenea, sunt cunoscute și numeroasele forme de amețeală cu cauze organice care apar în cazul tulburărilor de echilibru.

În cazul epilepsiei, care se manifestă la 0,5% din populație (4 până la 5% din totalul persoanelor vor experimenta în decursul vieții o criză de epilepsie), sunt semnificative următoarele aspecte:

- Crizele de epilepsie se asociază adesea cu simptome psihice precum anxietatea.
- Până la 30% dintre epileptici suferă și de convulsii disociative.
- O treime dintre epileptici prezintă și o tulburare psihică ce necesită tratament, precum depresia, sau o tulburare de anxietate.

## **ABORDĂRI PSIHOSOMATICE**

### **FACTORI PSIHOLOGICI**

Există factori psihici și sociali care pot afecta în mod considerabil postura noastră corporală și capacitatea de deplasare. Tulburările de mișcare psihogene adesea au legătură cu situațiile stresante de natură psihosocială, cu stresul psihic și suprasolicitarea generală. Conflictele importante pe care persoanele afectate le au cu ei înșiși sau cu cei din jur determină un grad ridicat de încordare interioară care se poate exprima prin intermediul unor tulburări de mișcare.

Persoanele cu crize convulsive disociative adesea au fost supuse în copilărie violenței fizice și/sau sexuale, experiențe care adesea nu au fost procesate de-a lungul vieții. La aproximativ 40% dintre pacienții care suferă de crize convulsive psihogene sunt identificate în istoricul personal date cu privire la existența unui abuz sexual. Poate fi identificată și situația de neglijare severă în perioada copilăriei.

În situația persoanelor cu sindrom vertiginos apare în mod suspect de frecvent anxietatea, incertitudinea sau depresia. Conflictele din prezent sau cele care mocnesc de ceva vreme, precum și factorii de stres psihosociali (conflictele din cuplu sau de la locul de muncă, despărțirile, experiențele de pierdere, șocurile existențiale) pot determina în anumite situații declanșarea unor episoade vertiginoase neplăcute, pe care într-o primă fază pacienții nici nu și le pot explica. Pe viitor, ca reacție de evitare a unor asemenea stări vertiginoase, persoana afectată poate adesea dezvolta o agorafobie însoțită de teama de a cădea atunci când aceasta se deplasează neînsoțită. Problema principală nu o reprezintă însă situațiile agorafobice, ci condițiile de viață prezente, care efectiv fac „să le fugă pământul de sub picioare” celor afectați. Sindromul vertiginos apare cu precădere la persoanele perfecționiste care au așteptări foarte mari de la ele însele și care doresc să aibă totul sub control. Amețela care însoțește o tulburare fobică apare adesea în situații care sunt percepute drept neplăcute sau care pot declanșa un atac de panică. De-a lungul timpului se poate dezvolta un comportament de evitare: situațiile în care nu este posibil ca totul să fie „sub control” vor fi din ce în ce mai mult evitate.

În anumite contexte, epilepsiile pot fi declanșate sau influențate nefavorabil de factorii psihosociali. Factorii declanșatori emoționali pot fi și amintirile unor experiențe traumatizante sau anticiparea unor situații iminente de conflict.

O serie de probleme ale coloanei vertebrale precum hernia de disc, sciatica

sau lumbago îi afectează îndeosebi pe bărbații activi cu vârste cuprinse între 25 și 45 de ani. În principiu însă, toți oamenii care au

dificultatea de a trece de la starea de tensiune la cea de relaxare sunt expuși acestui risc.

## **STRATEGII TERAPEUTICE**

Grupa tulburărilor de mișcare cuprinde tablouri clinice atât de diferite, încât nu este posibilă enunțarea unor principii de tratament general valabile. Strategiile terapeutice se stabilesc în funcție de fiecare tulburare. Important este însă ca tratamentul să fie abordat dintr-o perspectivă multidimensională: pe lângă gestionarea problemelor psihice și sociale, în cazurile care prezintă simptome deja cronicizate va trebui avută în vedere practicarea de exerciții, mai precis aplicarea concomitentă a unor măsuri de tratament fizioterapeutice, somatoterapeutice, comportamentale (de expunere).

În situația tulburărilor fizice disociative vor trebui obligatoriu identificate și înlăturate cauzele. De obicei, este vorba despre importante situații conflictuale interne sau externe, aparent imposibil de gestionat, astfel încât apar simptomele — ca măsură temporară de rezolvare a problemei. În situația tulburărilor de mers și a crizelor convulsive disociative, persoanele afectate vor trebui să învețe să perceapă conștient și să gestioneze conflictele interioare, precum și factorii de stres externi.

În situația amețelii psihogene, persoanele afectate vor trebui încurajate să își gestioneze comportamentul de evitare prin intermediul unor expuneri succesive la toate situațiile care declanșează amețeala pentru a preveni astfel pericolul instalării unei agorafobii care să determine apariția unor constrângeri asupra vieții. În același timp, vor trebui îndepărtate și cauze precum suprasolicitarea în cadrul familiei și la locul de muncă sau exigențele perfecționiste cu privire la atingerea unor performanțe.

În cazul tulburărilor de mișcare cu cauze neurologice, în majoritatea situațiilor tratamentul are ca scop mai buna gestionare a consecințelor psihice și sociale ale respectivei afecțiuni, iar în anumite cazuri, cum sunt de exemplu crizele epileptice sau distoniile,

care au și componente psihogene, tratamentul vizează înlăturarea factorilor care agravează afecțiunea; în situația bolilor care prezintă recidive, cum este scleroza multiplă, printr-o mai eficientă gestionare a stresului devine posibilă evitarea următorului episod.

În situația unei epilepsii care are componente psihogene vor trebui analizați și înlăturați factorii agravanți ai bolii; aplicarea exclusivă a unui tratament

medicamentos sau operativ este considerată malpraxis. În cazul așa-numitelor „epilepsii rezistente la tratament”, înainte de întreprinderea unor măsuri neurochirurgicale, vor trebui luate în considerare și aspecte neorganice și întreprinse măsuri de tratament corespunzătoare.

## **CÂND DURERILE CHINUIE CORPUL**

*Tot ce este făcut și născocit de oameni servește satisfacerii nevoilor pe care le resimt și alinării durerilor.*

ALBERT EINSTEIN, *Cum văd eu lumea*

## **DURERI CRONICE DE SPATE — CÂND SIMȚI CĂ NU TE MAI ȚIN ȘALELE**

*Domnul Steiner, un electrician de 49 de ani, suferă de patru ani aproape zilnic de puternice dureri de spate. Acestea au apărut la scurt timp după schimbarea locului de muncă și mutarea în cadrul industriei de construcții, cu care nu este familiarizat. Deodată, se confruntă cu situația de a îndeplini sarcini fizice cu care nu era nicidecum obișnuit. Cu toate acestea, el dorește să rămână la noul loc de muncă pentru că aici cel puțin nu își face griji cu privire la concediere, cum se întâmpla la fostul loc de muncă. Este adevărat că la examenul fizic complet, se constată o ușoară modificare degenerativă a coloanei vertebrale, dar aceasta este prea ușoară pentru a justifica numeroasele concedii medicale pe care domnul*



*Steiner le solicită de la un timp încoace, invocând dureri. Însă lucrurile nu se opresc aici: cu scopul de a evita temutele dureri, domnul Steiner manifestă același comportament exagerat de supraprotecție și în timpul liber. Bărbatul, care altădată trecea drept athletic, a renunțat aproape cu totul la numeroasele activități de timp liber și la numeroasele sale contacte sociale, lăsându-se îngrijit de soție ca și când ar avea o dizabilitate gravă. La toate acestea se adaugă și abuzul de analgezice, apelând cu precădere la preparate pe bază de opiacee, combinate cu somnifere foarte puternice, pentru că altfel nu ar putea adormi și nici nu ar fi posibil să-și continue somnul pe tot parcursul nopții. Soția sa este cuprinsă de spaimă de abia atunci când, timp de șase luni, el lipsește de la serviciu din pricina durerilor, în consecință fiind concediat, când un sejur la un centru de tratament rămâne fără niciun rezultat, iar cererea pentru pensionarea pe motiv de incapacitate de muncă îi este respinsă. Ca urmare a acestora, domnul Steiner dezvoltă o formă severă de depresie, care agravează durerile, acestea ajungând la o intensitate care până acum nu-i era familiară. Medicul de familie îi prescrie un antidepresiv și îi recomandă să facă o vizită la o clinică de medicină psihosomatică.*

## **„MĂ DOARE FOARTE TARE”: DURERILE ȘI PSIHICUL**

Durerile acute constituie un semnal de alarmă, dificil de ignorat, asupra faptului că, temporar sau permanent, există ceva care este în neregulă cu corpul nostru. Durerea constituie un mesager neîubit, dar neapărat necesar. În lipsa percepției durerii, asupra corpului nostru ar plana în permanență pericolul pierderii vieții. Senzația de durere apare ca urmare a excitării anumitor căi nervoase responsabile de transmiterea impulsurilor de durere care determină experiența senzorială a durerii. Experimentarea unei dureri poate avea, dar nu are în mod necesar, o cauză organică (deteriorarea țesuturilor). Durerile pot constitui expresia unei tulburări cu cauze organice, a unei răni emoționale sau a unor relații sociale disfuncționale.

Specialiștii utilizează următoarea definiție a durerii: durerea este o experiență senzorială și emoțională neplăcută, care se poate asocia cu potențiale leziuni tisulare sau care este descrisă prin intermediul unor termeni specifici unor asemenea leziuni. Conform acestei definiții durerea nu reprezintă exclusiv un fenomen senzorial sau o simplă percepere a unor stimuli, ci prezintă și o componentă afectivă. Această definiție se referă în mod deliberat și la durerea fără cauze organice. Specialiștii au renunțat la distincția care se făcea în mod obișnuit în trecut între durerile cu cauze organice și cele „psihogene”, înlocuind-o cu un concept multidimensional al durerii, dat fiind faptul că durerea are întotdeauna o componentă fizică și una psihică; această distincție continuă însă să fie întâlnită adesea în practica clinică.

Distingem între durerea acută și durerea cronică. Durerile acute sunt de obicei de scurtă durată (de la câteva secunde până la maximum câteva săptămâni). Ele îndeplinesc o funcție de semnal și de avertizare a corpului cu privire la pericolul producerii sau existenței unei leziuni tisulare, protejând organismul de deteriorări suplimentare. Durerile se limitează de obicei la locul leziunii, astfel încât medicul le poate determina cauza, pornind de la localizarea și natura acestora. Gradul de durere de obicei se află în strânsă legătură cu intensitatea stimulului care a declanșat-o (adesea această legătură nici nu este însă atât de strânsă). În cele mai multe situații, la îndepărtarea cauzei, corpul se recuperează, iar durerea dispare.

În funcție de definiție, durerile cronice reprezintă stări de durere care persistă trei, respectiv șase luni după declanșarea episodului acut de durere (de ex., dureri de spate, durerile reumatice) sau care revin în mod repetat (de ex., migrena și cefaleea de tip tensional). Persoanele cu dureri cronice sunt adesea tratate inadecvat;

comportamentul acestora pe timp de boală gravitează în jurul durerii, iar aceștia acuză probleme psihice, sociale și profesionale (descreșterea productivității, incapacitate de muncă, dizabilități funcționale ale abilităților motorii fine). Adesea, aceștia prezintă și simptomatologia specifică unei depresii reactive, care agravează experiența de durere. Gradul de cronicitate este cu atât mai mare, cu

cât durerile afectează experiența și comportamentul persoanei afectate. Spre deosebire de durerile acute, deseori nu există o legătură clară și strânsă între leziunile tisulare și deteriorările unor organe și intensitatea durerii pe care pacientul o trăiește. Cauza durerii se găsește mai puțin la locul dureros, cât mai mult în creier, unde se prelucerează durerea și unde s-a dezvoltat o dinamică proprie. În cazul durerilor cronice, a dispărut caracterul de semnal și de avertizare al simptomatologiei. Cu timpul se dezvoltă un sindrom patologic de sine stătător, care se disociază de cauzele organice specifice sau de factorii declanșatori, cel mai adesea aceștia nemaiputând fi nici măcar identificați. La trecerea de la simptomatologia acută la cea cronică acționează procese de învățare care determină consolidarea rolului de bolnav. Așadar, în tratamentul durerilor cronice nu se mai află în prim-plan înlăturarea cauzei durerii, ci modificarea experienței durerii în sensul deprinderii unui nou mod de confruntare cu durerea.

Durerile cronice sunt provocate sau agravate ca urmare a modificărilor patologice de prelucrare a durerii în sistemul nervos.

Pentru a înțelege durerile cronice vor trebui avute în vedere trei sisteme ale corpului.

1. Celulele senzoriale și celulele nervoase, care se aseamănă celor dintâi. Celulele senzoriale (receptorii de durere) de la nivelul pielii, intestinelor, ligamentelor, de la nivelul articulațiilor și al mușchilor preiau stimulii de durere și îi transmit, prin intermediul anumitor căi nervoase, direct către măduva spinării din coloana vertebrală.

2. Măduva spinării ca primă stație de prelucrare. Măduva spinării prelucerează stimulii de durere și îi conduce spre creier, filtrându-i prin intermediul unui mecanism asemănător unei porți. Dacă poarta este sau nu deschisă, transmiterea are loc sau nu. Când poarta este închisă, creierul nu primește niciun semnal și, prin urmare, nu percepe nicio durere.

3. Creierul ca centru de control. Creierul prelucerează stimulii care ajung la nivelul acestuia, fie sub forma unor experiențe dureroase, fie

a unor emoții

conștiente, dar poate de asemenea să deschidă sau să închidă poarta prin transmiterea unor comenzi directe către măduva spinării. Starea emoțională prezentă determină modul în care este prelucrată durerea. Senzațiile de durere sunt percepute drept mai puțin stresante atunci când sunt prezente sentimente precum bucuria sau fericirea și, din contră, atunci când apar neajutorarea, extenuarea și dispoziția depresivă, acestea sunt percepute drept chinuitoare. Anumite gânduri și evaluări pot determina ca o durere să pară suportabilă sau înspăimântătoare. Stările noastre emoționale și modelele noastre cognitive au așadar o mare influență asupra dăților în care poarta durerii de la nivelul măduvei spinării se află mai degrabă deschisă sau mai degrabă închisă. Astfel, concentrarea asupra unor chestiuni plăcute sau interesante poate distrage atenția de la durere și o poate face să devină mai suportabilă.

Pentru a înțelege durerile cronice este de asemenea extrem de importantă noțiunea de „memorie a durerii”. Memoria durerii reprezintă un factor esențial în dezvoltarea unei tulburări algice. Persoanele care experimentează frecvent durerea nu devin de-a lungul timpului mai puțin sensibile față de durere, ci dimpotrivă reacționează din ce în ce mai sensibil față de aceasta. Stimuli dureroși puternici și repetați pot continua să amplifice transmiterea informației de durere de la nivelul sistemului nervos periferic la nivelul sistemului nervos central. Repetarea continuă a unor semnale de durere puternice modifică pe termen lung funcția și structura celulelor nervoase de la nivelul măduvei spinării. După o perioadă îndelungată de supraexcitare continuă, aceste celule nervoase se suprasensibilizează și încep să reacționeze cu excitație puternică la cele mai slabe impulsuri care ajung la nivelul fibrelor responsabile de durere; acestea își amintesc stimulii dureroși acuti anteriori și generează în mod constant semnale de durere în lipsa unui factor declanșator. Ca urmare a acestui fapt, chiar și stimulii slabi (de ex., atingerea, căldura sau extensia) sunt deodată percepuți ca fiind dureroși. Acest fenomen de învățare constituie baza memoriei durerii. Însăși ideea de durere poate să provoace noi dureri. În special durerile postoperatorii vor lăsa urme în memorie. Durerile care nu

sunt tratate corespunzător, respectiv sunt imposibil de tratat, vor lăsa de asemenea amprente în memorie la nivelul sistemului nervos central, care vor crește sensibilitatea la durere.

Un alt factor care determină cronicizarea durerii este frica, aceasta fiind controlată de o anumită zonă a creierului (amigdala). Datorită fricii, fiecare nouă

senzație de durere se întipărește foarte adânc în creier. Ulterior, la fiecare nou atac de durere, prin intermediul memoriei durerii, este evocată teama asociată. Astfel se formează un cerc vicios dezastruos între frică și durere.

Atunci când memoria durerii s-a format, aceasta nu poate fi ștearsă prin intermediul medicamentelor care sunt disponibile în prezent. Există însă speranțe pentru viitor: pe baza unor noi concepte din neurobiologie referitoare la memoria durerii este posibil ca pe viitor să fie dezvoltate medicamente mai eficiente pentru tratamentul durerilor cronice.

Pot fi distinse patru componente ale durerii:

1. Componenta senzorială. Informațiile despre locul, durata și intensitatea unei dureri sunt transmise sub forma senzațiilor conștiente.
2. Componenta afectivă (emoțională). Aproape întotdeauna durerea declanșează afecte și emoții neplăcute și afectează starea de bine.
3. Componenta vegetativă (autonomă). Durerea are ca efect declanșarea anumitor reacții ale sistemului nervos vegetativ (de ex., transpirația, creșterea ritmului cardiac și a tensiunii arteriale).
4. Componenta motrică. Durerea determină reflexe de fugă și apărare care se manifestă sub forma tensiunii musculare.

De asemenea, conform unei alte clasificări, durerea poate fi descrisă luând în considerare patru niveluri:

1. Nivelul fizic și fiziologic. Durerea poate avea, chiar dacă nu în mod necesar, o bază organică. Sistemul care transmite durerea se activează și sunt eliberate în corp diferite substanțe care semnalează durerea, neurotransmițători și alte substanțe.

2. Nivelul motric și comportamental. Durerea determină o anumită reacție musculară (de ex., retragerea din reflex a mâinii, tensiunea musculară, modificarea mișcărilor expresive).

3. Nivelul subiectiv și psihologic. Persoanele afectate prezintă reacții manifeste (de ex., se vaită, plâng, țipă, gem), reacții ascunse — sub forma gândurilor (de ex., „Durerile sunt insuportabile”) și își formează diverse convingeri și prezintă diverse emoții (de ex., frica, depresia, disperarea).

4. Nivelul social. Experiențele individuale de durere au consecințe sociale (de ex., concediul de boală, dizabilitatea, incapacitatea de muncă, retragerea socială).

Durerile se numără printre cele mai frecvente simptome fizice: 60 până la

80% din populație prezintă de-a lungul unui an o dată sau de mai multe ori dureri care au grade diferite de intensitate. Dată fiind răspândirea lor la nivel global, durerile cronice reprezintă o problemă total subestimată, nefiind suficient luate în considerare. Conform unei investigații efectuate la nivel mondial, în medie 22% dintre pacienții medicilor de familie acuză dureri cronice, valorile fiind diferite de la țară la țară. După un sondaj extins efectuat în 16 țări europene, aproape fiecare al cincilea adult (19%) suferă de dureri cronice, în medie, de șapte ani. În Germania durerile cronice afectează 17%, în Austria 21% și în Elveția 16% dintre adulți.

Componentelor psihologice li se acordă din ce în ce mai multă atenție în tratamentul durerii: conform unor estimări mai degrabă prudente ale experților, se pare că la aproximativ 40% dintre pacienți factorii psihologici joacă un rol important în apariția, declanșarea și menținerea durerii.

De-a lungul ultimelor secole, durerile au fost considerate un simptom care însoțește o afecțiune fizică și nu o tulburare de sine stătătoare. Începând cu anii '60, datorită unor activități novatorii desfășurate în SUA cu privire la prelucrarea neurologică a durerii, aceasta a fost din ce în ce mai mult privită, studiată și cercetată ca fenomen de sine stătător. Termenul de „tulburare algică” din schemele moderne de diagnostic este rezultatul acestei evoluții. Vorbim despre o tulburare algică atunci când durerea s-a transformat dintr-un simptom într-o boală, mai precis atunci când funcția sa de avertizare s-a pierdut, iar durerea s-a autonomizat. În cele din urmă, toate durerile se formează în cap, mai precis după ce creierul nostru prelucrează impulsul de durere. Această perspectivă constituie baza terapiilor moderne de gestionare a durerii din domeniul psihologiei; acestea au în vedere învățarea unor metode de modificare a experienței dureroase.

Există numeroase expresii referitoare la diverse zone ale corpului care clarifică legătura strânsă dintre corp și psihic în situația tensiunii însoțite de durere. Cap: ceva îmi dă dureri de cap, îmi fumegă creierul, ceva mă dă peste cap, îmi sparg capul, capul stă să-mi explodeze. Spate: a purta povara în spate, a arunca ceva în spatele cuiva, a fi încovoiat de soartă sau de supărare. Ceafă: a-ți sta ceva în ceafă, a ține capul drept.

Durerea care apare ca urmare a stării de tensiune se asociază și cu anumite tulburări psihice, în special la persoanele cu tulburări depresive și tulburări de anxietate generalizată. Persoanele afectate acuză adesea tensiune la nivelul umerilor și al brațelor, precum și dureri ale gâtului, mijlocului, încheieturilor și mușchilor.

Multe dureri relevante din punct de vedere psihosomatic au fost deja descrise în cadrul secțiunilor dedicate fiecărui organ în parte, ca de exemplu durerile cronice gastrointestinale, durerile rectale, durerile care apar la urinare și defecare, durerile de maxilar sau durerile menstruale și durerile abdominale la femei.

**Tabelul 16:** Tulburări algice relevante din punct de vedere psihosomatic

# TULBURĂRILE FUNCȚIONALE

## TULBURAREA SOMATOFORMĂ DE TIPUL DURERII PERSISTENTE

Durerile fără cauze organice, denumite în trecut „dureri psihogene” (psihalgia), poartă în schema actuală de diagnostic denumirea de „tulburare somatoformă de tipul durerii persistente” și sunt descrise după cum urmează:

- Persoana afectată acuză în principal o durere persistentă, puternică și chinuitoare care apare de cel puțin o jumătate de an, în majoritatea zilelor.
- Durerea nu poate fi explicată în totalitate de procesele fiziologice sau de o tulburare fizică.
- Durerea apare în conexiune cu conflictele emoționale sau cu problemele psihosociale.
- Durerile se află în centrul atenției și experienței, necesitând, în consecință, un grad sporit de îngrijire și de interes personal sau medical.
- Durerile care au la bază mecanisme psihofiziologice cunoscute sau presupuse nu se numără printre aceste tulburări algice somatoforme, ci se codează drept „factori psihologici sau comportamentali asociați cu tulburări sau boli clasificate în altă parte” (ICD-10), precum și utilizând denumirea afecțiunilor fizice corespunzătoare (de ex., migrenă). Cu părere de rău trebuie să constatăm faptul că schema de diagnostic actuală operează cu distincția depășită dintre durerile psihice și cele organice, nealiniindu-se încă modelului modern bio-psiho-social de înțelegere a durerii, conform căruia nu este posibilă o asemenea delimitare.

Tulburarea are tendința să se cronicizeze dacă tratamentul nu decurge în conformitate cu modelul bio-psiho-social de înțelegere a



durerii. Acesta este motivul pentru care investigațiile medicale organice ar trebui urmate de o intervenție care să se constituie ca parte a unei abordări interdisciplinare. Posibila dificultate întâmpinată în acest demers o constituie faptul că, în lipsa unor cunoștințe mai avansate, persoanele afectate s-au ghidat timp îndelungat în funcție de modelul explicativ al medicinei organice, care inițial era susținut și de medici prin intermediul anumitor diagnostice și încercări de tratament, acesta fiind motivul pentru care aceste persoane au în continuare așteptarea de a beneficia de asistență medicală conform acestui model („Nu sunt nebun(ă), e de la corp, nu de la cap.”).

Durerile apar adesea și în cadrul altor tulburări somatoforme ca, de exemplu, în cadrul tulburării de somatizare și al tulburării vegetative somatoforme (de ex., în

cazul simptomatologiei intestinului iritabil), acestea nefiind însă, comparativ cu restul simptomelor, atât de persistente și de pregnante ca în cazul tulburării somatoforme de tipul durerii persistente.

O tulburare de durere persistentă se asociază adesea și cu alte tulburări psihice (depresii, tulburări de anxietate, tulburări de somn). Persoanele depresive prezintă un risc de patru ori mai crescut pentru a dezvolta dureri ale spatelui și cervicale; durerile deja existente vor fi agravate de dezvoltarea unei depresii. Durerile cronice se află adesea în legătură cu depresiile, în timp ce durerile acute se pot pune mai degrabă în legătură cu tulburările anxioase. Numeroși pacienți cu o tulburare somatoformă de tipul durerii persistente prezintă în istoricul medical și diferite probleme funcționale, ca de exemplu afecțiuni gastrointestinale, simptome cardiace sau respiratorii. Se estimează că procentul de pacienți cu tulburare somatoformă de tipul durerii persistente care se prezintă la medicii de familie este de 5 până la 7%.

Analiza istoricului de viață (anamneza biografică) reprezintă principalul mijloc pentru a dovedi existența unei tulburări somatoforme de tipul durerii persistente și permite în multe cazuri efectuarea unei delimitări față de durerile ale căror cauze sunt în principal organice. Multe dintre persoanele afectate au suferit în

copilărie ca urmare a violenței fizice și/sau sexuale sau a neglijării unor nevoi esențiale. În cazul femeilor care au trăit experiențe de abuz sexual în copilărie, pragul durerii este scăzut, astfel încât apar adesea dureri persistente abdominale. Chiar dacă în majoritatea situațiilor sunt necesare investigații organice amănunțite, în 80 până la 90% dintre cazuri identificarea unor factori stresori biografici — precum sunt situațiile de criză (de ex., experiențele de pierdere din cauza separării sau decesului), stresul cronic sau problemele profesionale, de cuplu sau din cadrul familiei — permite o delimitare față de tulburările algice ale căror cauze sunt în principal organice. Adesea discuțiile cu cuplurile sau cu familiile pot aduce completări examenului clinic, contribuind la formularea diagnosticului.

Există un aspect prea puțin luat în considerare în practica medicală: la formularea diagnosticului de tulburare somatoformă de tipul durerii persistente va trebui să se facă deosebirea între factorii de stres emoționali și psihosociali care declanșează boala și problemele psihice secundare care apar de abia ca urmare a evoluției bolii!

De obicei, persoanele cu o tulburare somatoformă de tipul durerii persistente

se deosebesc de pacienții ale căror dureri au cauze organice după cum urmează:

- Există doar o localizare vagă a durerilor, acestea pot fi schimbătoare din punctul de vedere al localizării și al modalității, pot să se extindă puternic după un debut local, iar descrierea acestora furnizată de persoanele afectate este mai puțin specifică decât cea a durerilor cu cauze organice.
- Durerile sunt descrise mai degrabă prin intermediul unor denumiri afective (odios, groaznic, îngrozitor) decât prin intermediul unor caracteristici senzoriale.
- În mod obișnuit nu există diferențe de intensitate a durerii care pot fi puse în legătură cu modul în care decurge ziua sau cu alți factori

stresanți sau relaxanți, mai precis există în mod continuu o intensitate sporită a durerii.

- Nu sunt respectate granițele anatomice de deservire a anumitor zone de către anumite căi nervoase, mai precis adesea sunt descrise dureri care se extind până la o anumită axă sau graniță pentru care nu există însă nicio bază organică.
- Alături de alți factori stresori biografici, în istoricul personal pot fi identificate abuzuri fizice sau sexuale.

Sindroamele somatoforme de tipul durerii persistente se caracterizează mai puțin printr-un tipar de simptome specific, ci mai mult printr-un anumit mod de procesare a experienței legate de fenomenele corporale („suferința”) și printr-o conduită nefavorabilă a persoanelor afectate cu privire la boală („comportament anormal pe parcursul bolii”). Din acest motiv, în timpul unei intervenții psihologice sau psihoterapeutice ar trebui să se afle în prim-plan mai mult problemele psihosociale decât intensitatea simptomelor sau stabilirea unui diagnostic.

În cazul unei tulburări de durere persistentă, de regulă apar următoarele probleme: absentarea de la locul de muncă respectiv de la școală, concedii medicale pe perioade lungi, șomaj, pensionare anticipată, consum excesiv de medicamente, abuz de tranchilizante sau analgezice, utilizarea în exces a dispozitivelor medicale, retragere socială, probleme de cuplu, restrângerea activităților de timp liber până la inactivitatea totală, reducerea oricărei solicitări fizice, stări depresive, costuri ridicate datorate unor măsuri medicale alopate sau de medicină alternativă în speranța eliminării totale a durerilor. Datorită durerilor, persoanele afectate beneficiază de îngrijire și asistență intensivă din partea anumitor persoane sau cadre medicale. Acest aspect este descris drept „beneficiu secundar al bolii”.

Este adevărat că tulburările algice pot afecta fiecare grupă de vârstă, acestea apar însă adesea cu precădere în deceniul al 4-lea și al 5-lea de viață. Nu se cunosc diferențe de gen semnificative. Există anumiți

factori care determină o evoluție nefavorabilă a tulburării somatoforme de tipul durerii persistente: șomajul în perioada de început a tratamentului durerii, depunerea unei aplicații — care se află în curs de desfășurare sau este finalizată — de a obține o pensie pentru incapacitate în muncă, derularea unei proceduri de despăgubire, evoluția cronică a durerii care a debutat cu mai mulți ani în urmă, tendința de a somatiza, existența unor diagnostice psihiatrice suplimentare (de ex., depresia).

Următoarele afecțiuni sunt considerate tulburări somatoforme specifice de tip durere:

- Durerile de cap și de spate somatoforme. Prin aceasta se înțeleg durerile a căror trăire este subiectivă și a căror bază organică nu este suficientă pentru a explica suferința.
- Durerile de piept somatoforme. Tensiunea puternică la nivelul pieptului poate declanșa dureri care adesea sunt interpretate în mod eronat drept dureri ale inimii. Tipice sunt: presiunea constantă, senzația de arsură (care durează de la câteva ore la câteva zile) și durerile scurte, înțepătoare sub mamelonul stâng. Persoanele afectate suferă adesea și ca urmare a tensiunii acumulate la nivelul musculaturii spatelui, care iradiază până la nivelul toracelui. Durerile de piept pot avea legătură și cu o sensibilitate crescută la stimulii acizi din esofagul inferior.
- Durerile gastrointestinale somatoforme. Aceste simptome au fost deja descrise la grupele de organe corespunzătoare în cadrul secțiunilor dedicate tulburărilor funcționale.
- Durerile cronice ale abdomenului inferior la femei. Acest disconfort, care apare frecvent, a fost descris deja în secțiunea referitoare la problemele specifice ale femeii.

## **TULBURĂRILE ORGANICE**

Conform schemei de diagnostic în vigoare, tulburările algice ale căror cauze sunt în principal organice, dar care sunt relevante din punct de

vedere psihosomatic trebuie înțelese cu un diagnostic dublu și anume cu denumirea tulburării organice și cu un al doilea diagnostic de „factori psihologici și influențe de comportament asociați cu boli clasificate altundeva” (de ex., migrenă, lumbosciatică sau dureri lombare)”. Cu toate acestea, în practica clinică tulburările algice care au în principal cauze organice sunt diagnosticate drept „tulburări somatoforme de tipul durerii persistente”, pentru că pe de-o parte factorii organici nu explică suficient tabloul simptomatologic, iar pe de altă parte cuvântul „tulburare de tipul durerii” nu mai apare în cadrul niciunei alte categorii diagnostice. Conceptul de tulburare de tipul durerii din relativ noua schemă de diagnostic internațională este, din păcate, prea puțin diferențiat și deja perimat, întrucât se bazează pe clasificarea durerilor în dureri pur psihice sau pur organice, care este depășită.

În conceptualizarea actuală a durerii se evidențiază conexiunile strânse dintre stres, respectiv gestionarea stresului și durerile cronice. Pe baza interacțiunii dintre sistemul nervos, sistemul imunitar și sistemul hormonal, se stabilesc conexiuni strânse între stres și durere. Pe viitor, aceste noi descoperiri vor avea efecte de anvergură asupra diagnosticului și tratamentului tulburărilor de tipul durerii.

## **CEFALEEA**

Cefaleea constituie cea mai frecventă dintre acuzele somatice ale omului. Minimum 70 până la 80% din populație suferă o dată sau de mai multe ori pe an de cefalee. Conform celui mai amplu studiu de până în prezent, 71,4% din totalul populației germane suferă cel puțin periodic de cefalee: 27,5% suferă de migrenă, 38,3% suferă de dureri de cap tensionale. Migrena apare la femei mai frecvent (32%) decât la bărbați (22%); în cazul durerilor de cap tensionale, episodice sau cronice, nu există aproape nicio diferență între femei și bărbați. Dintre pacienții cu migrenă, 10% suferă de migrenă care se asociază cu semne neurologice, respectiv prezintă acea aură specifică, peste 70% suferă de migrenă fără aură specifică și circa 10% acuză forme complicate de migrenă și de cefalee de tip cluster („în ciorchine”).

Dacă migrena se declanșează deja din copilărie, aceasta se menține la 60% dintre cei afectați și pe parcursul perioadei adulte.

Odată cu înaintarea în vârstă durerile de cap de tip migrenă devin mai rare, iar cefaleea cronică de tip tensional devine mai frecventă; durerile de cap episodice de

tip tensional nu depind de vârstă. Se remarcă în ultimele decenii creșterea incidenței migrenei în perioada copilăriei. Atunci când acestea se asociază cu tulburări psihice, durerile de cap se mențin sau se pot chiar agrava. Există o probabilitate crescută ca tulburările anxioase sau depresive asociate să determine cronicizarea cefaleei de la perioada de tinerețe și până la maturitate.

Există două tipuri fundamentale diferite de cefalee: cefaleea primară și cefaleea secundară.

Cefaleea secundară are cauze organice care pot fi dovedite organic și apare în cazul a cel mult 5% dintre pacienții cu cefalee. Acestea reprezintă consecința unor afecțiuni precum sunt tumorile la nivelul capului, hemoragiile la nivelul creierului, malformațiile vasculare, problemele oculare, problemele la nivelul discurilor intervertebrale sau consecințe care apar în urma unei leziuni sau operații. În cazul cefaleei cronice sau al celei recidivante ar trebui ca, prin evaluarea medicală, să fie excluse cauzele organice, înainte de a formula ipoteze psihosomatice.

Cefaleea primară reprezintă un tablou clinic de sine stătător și nu o consecință a unei alte tulburări. Este vorba despre tulburări reversibile ale structurilor sensibile la durere din interiorul sau exteriorul craniului. Se deosebesc următoarele tipuri: cefaleea de tip tensional, migrena cu și fără aură, cefaleea de tip cluster (aparitia periodică a unor serii de crize care se manifestă cu dureri de cap ascuțite care se asociază cu senzația de arsură și apar pe parcursul primăverii sau toamnei, precum și la anumite intervale orare). Cefaleea de tip tensional este de două ori mai frecventă decât migrena. Majoritatea pacienților cu cefalee cronică suferă de forme mixte. În cele ce urmează sunt discutate doar cefaleea de tip

tensional și migrena, întrucât în legătură cu cefaleea de tip cluster nu au putut fi stabilite până în prezent corelații psihosomatice.

## **Cefaleea de tip tensional**

Denumirea utilizată în prezent „cefalee de tip tensional” (sau „de tip tensiune”) constituie o denumire cumulativă care se referă la mai multe tipuri de dureri de cap, diagnosticate în trecut drept durere de cap tensională, durere de cap datorată contractării musculare, durere de cap vasomotorie, pe bază de stres sau psihogenă. Este vorba despre cele mai frecvente dureri de cap, care apar la 15 până la 20% din populație, ceva mai frecvent în cazul femeilor decât al bărbaților. Spre deosebire de migrenă, cefaleea tensională apare de regulă la nivelul ambelor părți ale capului și la nivelul cefei. Multe dintre persoanele afectate suferă ca urmare a

acestor dureri la fel de mult ca pacienții cu migrenă, fapt care adesea este subestimat.

În trecut, explicația pentru „cefaleele tensionale” o constituia tensiunea acumulată la nivelul musculaturii frunții și cefei. Relația dintre durerile de cap tensionale și crampele musculare nu este însă nici pe departe atât de strânsă pe cât se credea până acum. Poate fi și invers: tensiunea musculară se poate acumula ca urmare a cefaleelor tensionale.

Distingem între cefalee tensionale cu sau fără participarea musculaturii craniene, întrucât nu toate durerile de cap tensionale sunt declanșate de tensiunea de la nivelul musculaturii craniene. Disconfortul poate fi produs ca urmare a modificării sensibilității la durere datorită unor neurotransmițători de la nivelul creierului. Prin urmare, pentru stabilirea diagnosticului de cefalee tensională nu mai este necesară constatarea unei stări sporite de tensiune musculară, deși aceasta este prezentă în situația celor mai multe dintre persoanele afectate. În principiu, spre deosebire de ipotezele anterioare, pacienții cu dureri de cap prezintă un prag și o toleranță

scăzute la durere atât în timpul durerilor de cap, cât și în intervalele în care aceștia nu prezintă dureri.

În funcție de frecvență, există o formă de evoluție episodică și una cronică, acestea deosebindu-se din punctul de vedere al cauzelor și al tratamentului.

Cefaleele episodice de tip tensional se caracterizează prin cel puțin 10 episoade de dureri de cap tipice, care nu apar mai frecvent de 180 de zile pe an, respectiv mai puțin de 15 zile pe lună și care durează între 30 de minute pe episod și 7 zile. Durerile au cel puțin două din patru trăsături caracteristice: durere de tip apăsător până la oscilant, nonpulsatilă; intensitate a durerii ușoară până la medie, astfel încât activitatea fizică obișnuită este îngreunată, dar nu imposibilă; localizare bilaterală; nu apare o agravare din cauza activității fizice ca, de exemplu, la urcatul scărilor etc. Nu apar greața sau vărsăturile (poate apărea lipsa poftei de mâncare) și nici intoleranța la lumină sau față de anumite zgomote (una dintre cele două tipuri de intoleranță poate fi însă prezentă).

Durerile de cap cronice de tip tensional se manifestă cel puțin 15 zile pe lună, respectiv 180 de zile pe an, în decursul a minimum 6 luni. Sunt prezente cel puțin două dintre următoarele patru caracteristici: durere apăsătoare sau oscilantă; intensitate ușoară până la medie, ceea ce poate interfera cu activitățile cotidiene, a căror desfășurare nu devine însă imposibilă; localizare bilaterală; nu apare o agravare la

urcatul scărilor sau în timpul desfășurării altor activități fizice asemănătoare. Nu apar vărsături, dar poate fi prezent unul dintre următoarele trei simptome: greață, intoleranță la lumină sau față de anumite zgomote.

Contrar celor afirmate în trecut, nu există anumite trăsături specifice de personalitate ale pacienților cu dureri de cap tensionale. Pe lângă alți factori, posibile cauze ale durerilor de cap tensionale sunt considerate a fi: îndeosebi stresul psihosocial, problemele



interumane, stresul psihologic de la locul de muncă, tulburările de anxietate, tulburările depresive și tulburările de somn.

## Migrena

8 până la 12% din populație suferă de migrenă, bărbații de trei ori mai frecvent decât femeile. Există două tipuri de migrenă: cu și fără aură, mai precis cu sau fără semne neurologice care anunță o criză.

Aura reprezintă o fază în care sunt prezente simptome și deficite trecătoare care pot dura maximum o oră; persoanele afectate apreciază această fază ca fiind nedureroasă, cu toate acestea fiind extrem de neplăcută. Aura vizuală reprezintă forma tipică și cea mai frecventă a semnelor neurologice. De regulă, este vorba despre o tulburare de vedere care se manifestă sub forma unei senzații de lumină intermitentă, care pornește din interior și se extinde până la marginea câmpului vizual, fiind posibile pierderi de scurtă durată ale vederii pe porțiuni limitate ale câmpului vizual. Mult mai rar apar tulburări senzoriale și parestezii, senzație de slăbiciune motorie (de obicei unilaterală) și tulburări de vorbire.

Vorbim despre o migrenă cu aură atunci când apar cel puțin două crize de cefalee, care prezintă cel puțin două dintre următoarele patru caracteristici:

- unul sau mai multe simptome ale unei auri neurologice care sunt în totalitate reversibile și apar ca expresie a unei tulburări funcționale focale de la nivelul cortexului cerebral și/sau a trunchiului cerebral,
- pe parcursul a mai mult de 4 minute, se manifestă treptat cel puțin un simptom specific auri, iar două sau mai multe simptome apar consecutiv,
- niciun simptom specific auri nu durează mai mult de 60 de minute (această limită de timp poate fi depășită proporțional cu numărul de simptome specifice auri care se manifestă),

- aura este urmată de faza de cefalee, după un interval de timp liber mai scurt de 60 de minute; această fază poate debuta uneori înainte sau se poate desfășura concomitent cu aura.

Dacă simptomele neurologice se manifestă pentru un interval mai lung de o oră, vorbim despre o migrenă cu aură prelungită. Uneori în cazul migrenei cu aură apare o hemiplegie sau amețeală. De obicei, după criză, simptomele asociate se ameliorează.

Migrena fără aură se manifestă prin atacuri de cefalee, care în lipsa tratamentului durează între 4 și 72 de ore și care prezintă cel puțin două dintre următoarele patru caracteristici: localizare unilaterală: durere cu caracter pulsatil; agravare în cazul unei activități fizice precum urcatul scărilor; intensitate a durerii moderată până la mare, astfel încât activitățile cotidiene sunt îngreunate sau devin imposibile. În plus, se asociază cel puțin încă un fenomen: greață și/sau vărsături, precum și intoleranța la lumină și față de zgomote. Următoarea evoluție este tipică: în decursul a doar câteva ore, simptomele se manifestă la intensitate maximă, având, în lipsa tratamentului, o durată de cel puțin 3 până la 12 ore; acestea se pot manifesta însă adesea și pe parcursul mai multor zile și nopți, ameliorându-se apoi rapid și în totalitate. Făcând abstracție de alte criterii, faptul că durerile se limitează la jumătate din craniu reprezintă o diferență specifică a migrenei în raport cu durerile de cap tensionale. Adesea persoanele în cauză se simt atât de afectate de migrenă, încât sunt nevoite să-și înceteze activitatea și, de obicei, să se retragă în pat, într-o cameră întunecată. Spre deosebire de cazul durerilor de cap tensionale, în cazul migrenei, orice activitate fizică precum aplecatul, ridicarea de greutăți sau urcatul scărilor determină agravarea disconfortului. Specifică este și senzația de greață, care poate culmina cu vărsături, situație în urma căreia adesea durerile se mai ameliorează.

Spre deosebire de astmul alergic, factorii declanșatori ai unui atac de migrenă nu trebuie înțeleși în termeni de stimul-răspuns, aceștia fiind doar factori favorizanți. Este vorba despre situații mai degrabă vag definite, insesizabile la prima vedere, de exemplu la sfârșitul săptămânii, după vizionarea programelor TV, cu câteva zile înainte de

perioada menstruației. Pe lângă factorii declanșatori biologici și fizici cum sunt stimulii luminoși, menstruația, tulburările ciclului somn-veghe, modificările hormonale, foamea, alcoolul și anumite alimente precum ciocolata sau brânza, există și factori declanșatori psihici precum factorii emoționali (supărarea sau furia), creșterea presiunii de a obține performanță, stresul, agitația sau relaxarea în urma unei perioade de solicitare psihică (de ex., după o săptămână solicitantă, după un examen greu sau în perioada de început a concediului).

Migrena debutează de obicei între 10 și 30 de ani, arareori după 40 de ani (în aceste situații apare de obicei ca urmare a modificării vaselor sangvine determinate de o boală primară).

Făcând abstracție de pacienții care experimentează doar o dată respectiv de câteva ori în viață un atac de migrenă, aceasta are în genere o evoluție cronică pe parcursul mai multor decenii, existând anumiți pacienți care prezintă mai multe atacuri pe săptămână, iar alții doar câteva atacuri pe an. După vârsta de 45 de ani, la femei adesea după menopauză, aceste atacuri se răresc sau se ameliorează în totalitate.

În timp ce pacienții cu dureri de cap tensionale suferă în principal din pricina faptului că le este afectată dispoziția, aceștia rămânând însă, cel mai adesea, apti de muncă, în cazul pacienților cu migrenă se manifestă cu precădere o diminuare a performanței și a activității care se datorează nevoii explicabile de a se odihni la pat, timp de mai multe ore, într-un dormitor întunecos în care să se audă cât mai puține sunete.

Până în prezent, încă nu sunt cunoscute cauzele migrenei, deși există multe ipoteze în legătură cu acestea. Se consideră învechită concepția din trecut conform căreia criza de migrenă ar fi provocată de constricția puternică urmată de dilatarea pereților vaselor de sânge interne și externe ale capului. Mai probabil este faptul că reacția vaselor de sânge, care adesea poate fi observată și din exterior (pulsarea respectiv roșeața sau paloarea pielii), constituie consecința unor cauze necunoscute până în prezent, mai precis un fenomen secundar determinat de procese, în cadrul cărora un rol

esențial îl exercită, probabil, procesele inflamatorii ale nervilor, procese neuronale care se desfășoară îndeosebi la nivelul trunchiului cerebral și al mezencefalului, precum și neurotransmițătorul numit serotonină.

## **DURERILE FACIALE**

Printre durerile faciale există două care au relevanță psihosomatică: durerea facială atipică și sindromul algo-disfuncțional maxilo-facial.

Durerea facială atipică se referă la toate durerile faciale, în cazul cărora nu poate fi identificat niciun tablou clinic cunoscut. Din punct de vedere istoric, denumirea „atipic” a rezultat din delimitarea față de nevralgia tipică de trigemen, în cazul căreia există întotdeauna intervale de timp libere între atacuri, spre deosebire de durerea facială atipică, prezentă în mod continuu. Persoanele afectate se plâng de dureri care sunt dificil de localizat, de obicei unilaterale, surde, apăsătoare până

la arzătoare, continue și de intensitate variabilă, care sunt percepute ca iradiind de la nas, obraji sau frunte, de-a lungul anumitor porțiuni, în profunzimea țesutului. Durerile persistente apar adesea în urma unor intervenții stomatologice sau ORL sau sunt agravate în urma acestora. Durerile pot avea intensități diferite, durează de obicei timp de câteva ore, nu se manifestă sub forma unor episoade sau a unor atacuri și nu se află în legătură nici cu o tulburare de percepție a corpului care poate fi obiectivată și nici cu anumite puncte care pot declanșa durerea (zone de declanșare), toate acestea însemnând că aceste dureri sunt extrem de difuze. Foarte rar, pot apărea însă dureri care iau forma unor atacuri, fapt care complică încadrarea tulburării într-un anumit tablou clinic. Este specifică discrepanța dintre gradul de durere perceput în mod subiectiv și gradul real de afectare a calității vieții, comparativ, de exemplu, cu nevralgia de trigemen. Asemenea dureri se află de obicei într-o relație cauzală cu anumite tulburări psihice, îndeosebi cu depresiile sau tulburările somatoforme.

Sindromul algo-disfuncțional maxilo-facial, cunoscut și cu denumirea de „sindrom al disfuncției dureroase a articulației temporo-mandibulare”, „sindrom algic miofacial” sau „mioartropatie”, a fost deja descris la capitolul referitor la dinți; acesta se referă la durerea persistentă de la nivelul musculaturii de masticatie. Aceasta este diferența principală față de nevralgia de trigemen, care este acută și care se declanșează brusc. Doar în cazul anumitor pacienți, durerile au legătură cu mișcările de masticatie și se localizează la nivelul articulației temporo-mandibulare. Cel mai adesea, acestea se extind la nivelul întregii jumătăți a feței, precum și, parțial, la nivelul jumătății capului și pot iradia până la nivelul regiunii laterale a gâtului. Adesea sunt prezente crampe musculare care se asociază cu o sensibilitate la exercitarea presiunii la nivelul anumitor zone, precum și cu pocnituri la nivelul articulației temporo-mandibulare; deschiderea și mișcarea mandibulei sunt îngreunate. Simptomele se asociază adesea cu amețeală, paretezii, depresii, stări anxioase sau bruxism nocturn. Dincolo de existența unor probleme stomatologice, este vorba adesea și despre factori psihici și psihosociali, precum stresul, probleme în cadrul familiei sau la locul de muncă, suprasolicitarea individuală, frica, frustrarea, furia și agresivitatea care, dată fiind prezența unor tensiuni musculare, determină apariția durerii la nivelul maxilarului.

## **DURERILE DE SPATE**

După durerile de cap, tulburările care apar la nivelul coloanei vertebrale constituie

cea mai frecventă cauză a durerilor cronice. Acestea sunt sintetizate sub denumirea de „dureri de spate”. Durerile de spate sunt considerate ca fiind durerea cea mai populară. Femeile și bărbații sunt aproape la fel de afectați de către aceasta. În prezent, 12 până la 30% din populație suferă de dureri de spate — în ultimii 20 de ani manifestându-se o tendință de creștere, fapt care poate fi explicat cu dificultate, din punct de vedere strict medical. În total, doar 10% dintre persoanele afectate merg la medic. Durerile care se asociază cu coloana vertebrală sunt pe locul doi între afecțiunile pentru care sunt

întreprinse vizite la medic. Persoanele cu dureri de spate reprezintă 40% din totalul pacienților din cabinetele de ortopedie. Conform unui sondaj reprezentativ, 90% dintre germani ajung să sufere la un moment dat de dureri de spate. 43% au admis faptul că au suferit de dureri de spate în ultimele șapte zile, 15% chiar zilnic.

Din punct de vedere economic, durerile de spate reprezintă un factor semnificativ de cost: acestea reprezintă cel mai costisitor simptom al unei boli și, de departe, cea mai frecventă cauză a incapacității în muncă, în raport cu numărul de zile și de cazuri. În Germania, aproape jumătate dintre toate măsurile de recuperare, o treime dintre pensionările anticipate și aproape o treime dintre zilele de incapacitate de muncă survin ca urmare a afecțiunilor sistemului musculo-scheletic. Experiența arată faptul că revin în câmpul muncii numai 40% dintre pacienții cu dureri de spate care au petrecut mai mult de șase luni în concediu medical. În urma concediilor medicale de peste un an, sunt reîncadrați în muncă doar 8 până la 15% dintre pacienții cu dureri de spate.

În cazul durerilor de spate acute, există un prognostic bun cu o evoluție lipsită de complicații: 85 până la 90% dintre pacienții cu dureri de spate pot fi tratați în decurs de 6 până la 8 săptămâni prin reducerea activității fizice, analgezice, mijloace de relaxare musculară și fizioterapie; există și situația în care acestora le cedează durerea în lipsa oricărui tratament. Spre deosebire de durerile acute, în cazul durerilor de spate cronice — care la circa 10% dintre pacienții cu dureri de spate durează mai mult de trei luni — există nenumărate eșecuri terapeutice.

Spatele este adesea acel loc la nivelul căruia se resimt, sub forma durerii, efectele a numeroase presiuni. Problemele fizice se prezintă adesea sub forma tensiunilor musculare și a durerilor la nivelul gâtului, umerilor și la nivel lombar.

Durerile de spate constituie doar un simptom și nu o boală în sine. Denumirea de „dureri de spate” nu sugerează nimic precis cu privire la localizarea sau

cauzele disconfortului. Durerea este adesea localizată punctiform sau pe o arie extinsă la nivelul gâtului (25%), în zona vertebrelor toracice (5%), precum și în regiunea lombară sau pelviană (70%). În consecință, cele mai frecvente dureri de spate se manifestă la nivelul gâtului (sindromul cervical) și la nivel lombar (lumbago), cu sau fără a iradia către brațe și picioare.

Evoluția durerilor poate fi acută, recidivantă sau cronică. Sunt considerate acute acele dureri care durează mai puțin de trei luni; toate durerile care durează mai mult de atât sunt cronice. Sunt denumite recidivante acele evoluții în cazul cărora, după o perioadă de ameliorare, durerile revin sub forma unor atacuri sau recăderi cronice. În cazul a mai mult de două episoade acute algice pe an, este vorba deja despre dureri cronice. Nu sunt rare situațiile în care durerile acute ajung să se cronicizeze din cauza neglijării aspectelor bio-psiho-sociale, precum și a unor concepte terapeutice inadecvate!

În cazul durerilor de spate acute, distingem între durerile radiculare determinate de comprimarea rădăcinii nervoase care se datorează unei hernii de disc (de ex., în cazul lombosciaticii) și între durerile pseudoradiculare care survin datorită unor modificări funcționale la nivelul musculaturii, al discurilor intervertebrale și al articulațiilor vertebrale. Durerile de spate cronice fără cauze maligne, cum sunt de exemplu metastazele osoase, au cauze multifactoriale de natură fizică, psihică și socială.

Numai circa 20% dintre durerile de spate sunt determinate de o afecțiune specifică. 80% dintre durerile de spate sunt nespecifice și nu pot fi explicate prin intermediul unor cauze organice grave, acestea datorându-se tensiunii musculare de la nivelul musculaturii spatelui și pelvisului. Patru cincimi din totalul sindroamelor lombare constituie efectul slăbiciunii musculare care apare ca urmare a efectuării insuficiente a mișcării fizice, a inactivității, a posturii adoptate în încercarea de a evita durerea sau a permanentei suprasolicitări a coloanei vertebrale. Printre cauzele neorganice se numără îndeosebi anumiți factori psihici și sociali precum stresul, problemele familiale sau profesionale, suprasolicitarea permanentă de la locul de muncă, tulburările de anxietate, depresiile și tulburările

de dependență, însă cu precădere și factori socioeconomiți precum nivelul scăzut de educație, veniturile mici, precum și activitatea fizică grea, desfășurată adesea în rândul muncitorilor. Din cauza durerilor de spate, persoanele afectate dezvoltă anumite convingeri și comportamente: probleme referitoare la imaginea de sine, sentimente

de neajutorare, dispoziție depresivă, postură incorectă în încercarea de a evita durerea, evitarea unor activități neplăcute, „turism” medical, precum și exprimarea permanentă a disconfortului prin faptul că se plâng și se văicăresc încontinuu.

În cazul pacienților cu dureri de spate cronice a putut fi demonstrată existența unui tipar specific de activare emoțională: comparativ cu un grup de control, aceștia reacționează la factori stresori semnificativi de natură emoțională printr-o puternică tensiune musculară, bilaterală, la nivel lombar, mai puternică pe partea stângă — fapt care poate fi constatat în mod repetat în cazul pacienților cu tulburări de tipul durerii persistente.

Modelele explicative medicale de orientare strict organică referitoare la existența unui disc intervertebral sau a unei coloane „degradate” sau „uzate prematur” nu fac adesea decât să accentueze fixarea bolii organice, care va fi dublată de un comportament de supraprotecție legitimat de recomandările medicale și de îngrădirea inutilă a stilului de viață practicat anterior.

Când de fapt ar fi recomandabil să se procedeze exact invers: în ciuda durerilor, ar trebui reluate activitățile fizice — neapărat în mod treptat — pentru a preveni adoptarea în permanență a unui comportament „nociv” de supraprotecție. În situația musculaturii scurtate ca urmare a contracturii cronice, nu se recomandă un antrenament de relaxare, ci practicarea extinderii ghidate a mușchilor. În acest scop este important să fie efectuate anumite exerciții care contribuie la stabilizarea coloanei vertebrale și la păstrarea echilibrului. Durerile apar în special din cauza faptului că persoanele afectate adoptă de-a lungul timpului o poziție incorectă: împing trunchiul înainte, lasă umerii să atârne și își răsucesc bazinul. Aceștia prezintă adesea și în stare de repaus o tensiune musculară crescută,



pe care nici măcar nu o sesizează, fiindu-le necesare antrenamente de relaxare corespunzătoare.

Sunt problematice recomandările premature — care în trecut se formulau adesea — de a efectua intervenții chirurgicale la nivelul discurilor intervertebrale. Mulți pacienți suferă de dureri de spate în urma acestei intervenții, uneori mai mult decât înainte de operație. Datorită faptului că durerile de spate cronice au un impact economic crescut, este importantă adoptarea unor programe multimodale de tratament care să servească optimizării capacității de muncă, precum și a calității vieții. Acestea vor trebui să aibă în vedere în aceeași măsură aspecte somatice, psihice și sociale. Pe lângă analgezice, terapie fizică și manuală, este necesară

practicarea regulată a gimnasticii pentru spate, activarea fizică treptată, practicarea unei activități sportive ghidate, efectuarea unui antrenament bine dozat la locul de muncă, o mai bună reintegrare socială, exersarea unor tehnici de relaxare specifice, o informare exhaustivă (psihoeucație) cu privire la gestionarea durerilor de spate cronice și o schimbare a tiparelor de gândire în sensul creșterii responsabilității pentru sine în locul unei răspunderi prea mari pentru ceilalți.

## **Durerile pseudoradiculare**

„Pseudoradicular” înseamnă că durerile au o evoluție asemănătoare cu cele care survin într-o zonă de inervație radiculară (mai precis asemănătoare modului în care anumiți nervi inervează anumite zone), imitând astfel paralizia la nivelul rădăcinilor nervoase. La o investigație amănunțită nu se constată însă o deteriorare a rădăcinii nervoase. Cele mai frecvente cauze le constituie fenomenele de uzură și modificările funcționale apărute la nivelul discurilor intervertebrale, articulațiilor vertebrale mici și aparatului de susținere al coloanei vertebrale, mai precis la nivelul mușchilor și al discurilor. Așadar durerile pseudoradiculare își au originea îndeosebi la nivelul mușchilor; acestea se caracterizează printr-o tensiune musculară reflexă, o scurtare a musculaturii tonice (mușchii posturali) care se

datorează unei permanente suprasolicitări și o slăbire a musculaturii dinamice (responsabilă cu asigurarea elasticității și a flexibilității).

## **Sindroamele algice cervicale**

Sindroamele algice cervicale se referă la disconfort la nivelul coloanei cervicale, fiind cunoscute și ca dureri de gât. În timp ce tulburările algice acute ale coloanei cervicale sunt de regulă determinate de deteriorări tisulare care survin în urma mișcării și solicitării și se asociază cu încordarea reflexă a musculaturii, în stadiile cronice — pe lângă probleme care se datorează unei posturi incorecte sau a unei posturi impuse de specificul locului de muncă —, se întâlnesc factori psihici și psihosociali agravanți care, prin adăugarea unei tensiuni musculare suplimentare, sporesc durerea deja existentă. Durerile pot iradia până la nivelul umerilor sau al capului, unde este percepută o senzație de arsură și tensionare.

## **Lumbago**

În cazul lumbago este vorba despre dureri acute sau cronice în regiunea lombară, fără ca acestea să iradieze în zone de inervație radiculară, mai precis fără afectarea rădăcinilor nervoase. Lumbago nu constituie o boală a discurilor intervertebrale!

Lumbago este tabloul clinic care se întâlnește cel mai frecvent în cabinetele

medicilor de familie. Durerea se poate manifesta extrem de diferit, având variații de la dureri puternice cu debut brusc, care iradiază local la nivelul zonei lombare, până la dureri unilaterale sau bilaterale, greu de localizat și surde, care iradiază la nivelul șezutului și al picioarelor. Durerile pot fi acute sau cronice, agravându-se în special pe timp de noapte, către dimineață. La palpare, se poate simți contractura musculară; pielea care acoperă musculatura aproape că nu mai poate fi deplasată. Mobilitatea de la nivelul regiunii lombare este la fel de redusă ca și în cazul herniei de disc și determină adoptarea unei posturi corporale incorecte, fapt care — ca într-un

cerc vicios — intensifică durerile lombare. Mobilitatea redusă a șoldurilor, resimțită drept dureroasă, se poate observa la persoanele afectate în momentul îndoirii picioarelor în poziția culcat.

Există mai mulți factori care contribuie la cronicizare, îndeosebi circumstanțele psihosociale. Persoanele afectate, ale căror simptome pot fi schimbătoare, frecventează adesea diferiți medici, insistă — chiar și atunci când există dovezi insuficiente sau nu există deloc dovezi ale unor cauze organice — să obțină un nou diagnostic care să fie stabilit cu ajutorul aparaturilor medicale, de regulă nu se simt mai bine în urma operațiilor, adesea iau toate medicamentele posibile fără a obține însă efectul scontat, mărinđ doza acestora până ajung în situația de dependență. Aceste persoane nu apelează însă nici la fizioterapie, continuând să-și limiteze tot mai mult viața, până când totul ajunge să graviteze în jurul durerilor de spate.

## **DURERILE REUMATICE**

Prin „reumatism”, denumire utilizată în limbajul uzual și căreia îi corespund mai multe tulburări, se înțeleg așadar durerile de la nivelul oaselor, articulațiilor, mușchilor și tendoanelor. Este vorba despre o tulburare algică a aparatului locomotor și de susținere, care poate apărea în toate formele posibile, de la senzații difuze de tensiune până la dureri persistente, înțepătoare.

Cauza o constituie inflamația care pornește din interiorul membranei sinoviale, extinzându-se la nivelul cartilagiilor și oaselor. Aceasta reprezintă o tulburare a sistemului imunitar cu cauze genetice (tulburare autoimună). Tulburările din spectrul reumatic cuprind circa 100 de afecțiuni diferite. Dintre acestea, trei exemple ilustrează posibilitățile multiple care apar cu privire la afecțiunile reumatice: inflamațiile afectează, în cazul poliartritei (*poly* = mult) — numeroase articulații, în cazul bolii Morbus Bechterew — coloana vertebrală, iar în cazul reumatismului nearticular, care afectează țesuturile moi, sunt afectați mușchii și tendoanele.

Denumirea „reumatism” are în componență un cuvânt grecesc care semnifică „curgător”; astfel este evidențiat faptul că este vorba despre o durere care migrează sau curge. Toate durerile aparatului locomotor și de susținere care au o evoluție cronică și prezintă tablouri clinice care implică durerea și limitări funcționale sunt încadrate preponderent în spectrul reumatic.

În mod grosier și inexact, dar pragmatic și, prin urmare, util, pot fi distinse trei tipuri de afecțiuni reumatice: afecțiuni degenerative ale articulațiilor, afecțiuni inflamatorii ale articulațiilor, precum și reumatismul nearticular, care afectează țesuturile moi. Aproximativ 90 până la 95% din totalul afecțiunilor reumatice se numără printre afecțiunile reumatice degenerative și nearticulare.

Afecțiunile degenerative ale articulațiilor și coloanei vertebrale (artroze) afectează în special articulațiile extremităților și coloanei vertebrale, precum și discurile intervertebrale. Modificările articulațiilor se datorează în special uzurii sau leziunilor fizice.

Afecțiunile inflamatorii ale articulațiilor și coloanei vertebrale (artritele) se referă, de exemplu, la spondilartrită (cu forma cea mai cunoscută a acesteia, boala Morbus Bechterew — denumită în prezent spondilita anchilozantă — care conduce progresiv la rigidizarea coloanei vertebrale), artrita reactivă, bolile colagenoase și artrita reumatoidă (sau poliartrita cronică). Aceasta din urmă este boala amintită și cercetată cel mai frecvent în contexte de natură psihosomatică. Toate afecțiunile inflamatorii nu constituie doar afecțiuni ale articulațiilor, ci posedă tablouri clinice sistemice, care fac referire la toate sistemele de organe.

Reumatismul nearticular se referă la dureri care apar la nivelul mușchilor și tendoanelor, ligamentelor și formațiunilor anexe ale tendoanelor și se prezintă, cel mai adesea, sub forma tensiunii musculare, a sindromului umăr–braț, a sindromului gât–coloană vertebrală, a sindromul lombar și a durerilor de spate cronice.

## **Artrita reumatoidă**

Artrita reumatoidă este denumită adesea și poliartrită cronică sau poliartrită cronică primară și apare la circa 1% din populație; aceasta apare la femei de trei ori mai frecvent decât la bărbați. Este vorba despre o boală sistemică a țesutului conjunctiv, cu cauze necunoscute și o componentă ereditară, care afectează cu precădere aparatul locomotor. Apare o inflamație cronică a membranei sinoviale, în special de la nivelul degetelor de la mâini și de la picioare și la nivelul articulațiilor mâinilor, care treptat determină adoptarea unor poziții incorecte, a unor deformări

ale articulațiilor și, în final, la pierderea totală a funcției. Vorbim despre o artrită reumatoidă atunci când sunt prezente patru dintre următoarele șapte criterii: rigiditate de dimineață, tumefiere prezentă la nivelul a cel puțin trei regiuni articulare distincte, tumefierea articulațiilor mâinilor și degetelor, tumefieri simetrice ale unor articulații diferite, noduli subcutanați, factori reumatoizi, modificări ale mâinilor detectabile radiologic.

Modificările inflamatorii și distructive de la nivel articular determină deficiențe funcționale de proporții. Simptomatologia debutează de obicei insidios și, de regulă, se manifestă simetric la nivelul articulațiilor mici, îndeosebi la nivelul degetelor, asociindu-se cu dureri, tumefieri și rigiditate tipică în cursul dimineții. Cu timpul, sunt afectate progresiv și articulațiile mari precum șoldul sau umărul. Boala debutează cu o inflamație a membranei sinoviale, care poate reprezenta o reacție a unui proces imunologic declanșat de stimuli externi (probabil viruși). În acest proces sunt eliberate enzime care au un efect distructiv asupra țesuturilor și care provoacă degradarea cartilajului și a osului. Țesutul care se acumulează la nivelul cavităților articulare produce aderențe și determină formarea parțială a unor noi oase.

Pe parcursul evoluției bolii alternează perioadele de criză cu cele în care boala se ameliorează, ajungându-se, pe termen lung, la o agravare cronică. Întrucât fiecare criză produce vătămări ireversibile, deformările articulațiilor afectate devin din ce în ce mai extinse, iar limitările funcționale din ce în ce mai pronunțate. La circa 80% dintre pacienți sunt identificați așa-numiții factori reumatoizi (aceștia sunt

anticorpi împotriva propriei imunoglobuline) care constituie predictorii asupra gradului de severitate și asupra evoluției bolii; la o treime dintre pacienți sunt identificați așa-numiții „noduli reumatoizi” (noduli subcutanați). Artrita reumatoidă poate surveni la orice vârstă, cu precădere însă la vârste mai înaintate, cuprinse între deceniul al 4-lea și al 6-lea de viață, iar după două decenii, conduce la incapacitate în muncă, în cazul a jumătate dintre persoanele afectate.

Din punctul de vedere al medicinei strict organice, se discută despre trei posibile cauze, respectiv despre o tulburare autoimună, o boală infecțioasă și despre ereditate, existând dovezi care le susțin pe fiecare în parte. Spre deosebire de acestea, în lipsa unor dovezi empirice suficiente, modelele explicative psihologice vor trebui privite drept speculații.

Deși cauzele bolii sunt necunoscute, se pot dovedi utile anumite intervenții

psihologice precum informarea pacienților, gestionarea bolii, tehnicile de relaxare, antrenamentele de gestionare a durerii, managementul stresului, schimbarea tiparelor de gândire orientate spre performanță sau sprijinul referitor la relația cu familia; nici în privința utilității acestor tipuri de intervenție nu există încă suficiente dovezi științifice.

## FIBROMIALGIA

În componența denumirii „fibromialgie” intră rădăcinile cuvintelor *fibra* (fibră), *mys* (mușchi) și *algos* (durere). Deja este evident faptul că este vorba despre durere la nivelul mușchilor. Fibromialgia este un sindrom algic cronic, noninfecțios, generalizat care afectează mușchii, țesutul conjunctiv și zonele adiacente ale articulațiilor. Acest sindrom se manifestă concomitent cu anumite tulburări funcționale și vegetative cum sunt afecțiunile gastrointestinale, urinare, respiratorii, cardiace și menstruale, precum și cu transpirații și tinitus. Caracteristica principală o constituie scăderea pragului durerii (suprasensibilitatea la durere), care este comandată de sistemul nervos central și are cauze insuficient elucidate, fiind însă, cel mai

probabil, determinată de un deficit cu privire la suprimarea durerii. La momentul actual, nu există dovezi de laborator care să asigure confirmarea unui diagnostic. Dat fiind faptul că până în prezent nu au putut fi stabilite cauze clare, nu putem vorbi în cazul fibromialgiei despre o anumită tulburare, ci despre un sindrom.

Fibromialgia nu este o boală rară, ci în funcție de țară și de criteriile de examinare apare la 1 până la 4% din populație. 2 până la 6% dintre pacienții medicilor de familie suferă ca urmare a acesteia, iar în rândul pacienților ortopezilor și reumatologilor procentele sunt mai crescute, situându-se între 6 și 20%.

Afecțiunea apare cu precădere între vârsta de 40 și 50 de ani, dar poate apărea și la copii sau la persoane mai în vârstă. Boala debutează de regulă la sfârșitul decadei de 30 de ani, fiind în deplină dezvoltare la mijlocul decadei de 40 de ani (există un stadiu preliminar de până la șapte ani). 80 până la 90% dintre persoanele afectate sunt femei. Cel mai extins grup de persoane bolnave îl reprezintă femeile peste 35 de ani.

Termenul „fibromialgie” este definit de următoarele criterii:

- dureri generalizate cronice (care durează mai mult de trei luni) și se localizează în cel puțin trei zone;
- dureri atât la nivelul părții drepte, cât și la nivelul părții stângi a corpului, atât peste, cât și sub talie, precum și la nivelul membrelor;
- sensibilitate crescută la presiune (durere) în momentul palpării a 11 dintre cele 18 puncte de presiune specifice și definite cu exactitate (există câte 9 puncte de presiune pe fiecare parte a corpului) și în momentul aplicării unei presiuni de până la 4 kg, cu ajutorul degetelor. În cazul fibromialgiei, unele zone de intersecție dintre mușchi și tendon sunt extrem de dureroase, acesta fiind motivul pentru care acestea sunt considerate puncte dureroase;
- apar frecvent, dar nu în mod necesar anumite simptome asociate precum: dureri difuze musculo-scheletice, dureri musculare

generalizate, senzație de tumefiere, retenții de apă, stare de rigiditate dimineată, oboseală, epuizare, rezistență scăzută, tulburări de somn, sindromul intestinului iritabil, senzația de globus, afecțiuni cardiace și pulmonare, senzația de uscăciune a gurii, parestezii, durere în timpul urinării și al menstruației, transpirații abundente, iritabilitate, fluctuații ale dispoziției și stări depresive.

De regulă, durerile sunt greu de localizat. La început acestea se limitează doar la anumite părți ale corpului, și anume la zona cervicală și a gâtului, cu timpul însă acestea se extind la nivelul întregului corp, sporind de asemenea și simptomele; prin urmare, pot apărea și senzații de rigiditate și alte parestezii. Tabloul clinic se conturează așadar de-a lungul unei perioade mai îndelungate. Durerile sunt percepute ca fiind persistente, surde, chinuitoare, puternice sau radiante. Simptomele algice se pot ameliora sau pot temporar chiar să dispară cu totul. Acestea se agravează din cauza anxietății, stresului, tulburărilor de somn, frigului, umezelii și schimbărilor meteorologice.

Deși fibromialgia are un caracter cronic, aceasta nu conduce niciodată la modificări fizice ale articulațiilor sau ale altor organe. Analizele de laborator în general nu prezintă modificări, neconstatându-se de obicei abateri mari de la valorile normale. Diagnosticul de fibromialgie poate fi stabilit numai după excluderea altor tulburări (de ex., reumatism). Dacă în continuare cauzele rămân neelucidate, anumiți experți consideră că acest sindrom poate fi considerat o tulburare somatoformă de tipul durerii persistente, în timp ce alți specialiști critică violent această opinie. Date fiind aceste puncte de vedere diferite, este de remarcat și faptul că de aici rezultă și o evaluare diferită a capacității de muncă a persoanelor afectate.

În stadiul actual al cercetării, nu este clar care sunt cu adevărat cauzele acestei tulburări sau care pot fi consecințele unor cauze până acum necunoscute.

Deoarece până în prezent lipsesc dovezile cu privire la cauzele clare ale fibromialgiei, nu se poate vorbi în acest caz despre o anumită afecțiune, ci despre un sindrom. Prin urmare, în practica clinică



acesta a devenit un diagnostic jenant, care conferă anumitor pacienți, cel puțin ipotetic, o identitate aparte. Cu toate că în situația pacienților cu fibromialgie au putut fi identificați factori stresori psihosociali și evenimente critice de viață, cum sunt traumele sexuale sau fizice, acest fapt nu este suficient pentru a dovedi semnificația cauzală a acestora. 90% dintre pacienții cu fibromialgie îndeplinesc criteriile pentru cel puțin o tulburare psihică (în special depresii, tulburări de anxietate și tulburări somatoforme).

Sindromul de fibromialgie are o importanță sociomedicală și economică deosebită datorită prevalenței bolii, a evoluției nefavorabile și a consecințelor frecvente care constau adesea în pierderea capacității de muncă și în pensionarea anticipată. În comparație cu pacienții reumatici, persoanele afectate necesită în mod evident mai multe îngrijiri. Este adevărat că boala se poate ameliora temporar cu ajutorul medicamentelor și că se pot exercita influențe favorabile asupra acesteia prin intermediul psihoterapiei, însă până în prezent, aceasta nu poate fi vindecată. Absența totală a simptomelor nu constituie un obiectiv realist, ci mai degrabă asemenea obiective sunt ameliorarea durerii și optimizarea capacităților de gestionare, de funcționare și de muncă.

## **Sindromul dureros miofascial**

Pe de o parte, în sens larg, sindromul dureros miofascial se referă la toate sindroamele algice ale aparatului locomotor care își au originea în afara capsulei articulare și a osului și care nu prezintă cauze infecțioase, reumatice sau neurologice. În majoritatea cazurilor, este vorba despre sindroame algice regionale.

Pe de altă parte, în sens restrâns, sindromul dureros miofascial prezintă anumite puncte de presiune specifice, care au însă alte caracteristici decât în cazul sindromului de fibromialgie: durerile sunt prezente în trei cadrane ale corpului, durerile musculare se extind la nivel local (în cazul fibromialgiei sunt prezente dureri difuze în mai multe regiuni), în punctele de presiune de la nivelul musculaturii brațelor și picioarelor apare o contractură musculară palpabilă, care

corespunde unei contracții foarte puternice a fasciculelor musculare (spre deosebire de aceasta, în cazul fibromialgiei apare doar scăderea pragului de durere la presiune).

În cazul sindromului dureros miofascial, pe lângă mulți alți factori, suprasolicitarea mușchilor se poate datora stresului și tensiunii generate de problemele

psihosociale.

## **DURERILE TUMORALE**

În cazul bolilor tumorale, pot fi identificate trei cauze ale durerii:

1. determinate de tumori: dureri ale țesutului conjunctiv, infiltrații la nivelul oaselor și metastaze, dureri viscerale și nevralgii,
2. determinate de terapie: chimioterapie, radioterapie, intervenții chirurgicale,
3. independente de tumori: sindroame dureroase miofasciale funcționale, determinate parțial de dizabilitățile produse de tumori și de comportamentele de supraprotecție.

Mai mult de jumătate dintre pacienții cu tumori sunt afectați de tulburări psihice. Luând în considerare aceste aspecte, este necesară adoptarea unor strategii de intervenție psihologică și psihoterapeutică, pe lângă măsurile medicale obișnuite de terapie a durerii.

## **ABORDĂRI PSIHOSOMATICE**

### **FACTORI PSIHOLOGICI**

Data fiind multitudinea tipurilor de durere și diversitatea tulburărilor algice, nu există concepții explicative psihologice universal valabile ale acestora și, prin urmare, nici un ghid de tratament psihoterapeutic

general valabil. Anumite abordări psihosomatice utilizate în trecut sunt considerate însă a fi depășite, deoarece nu iau deloc în considerare modul de conceptualizare bio-psiho-social al bolii și utilizează în mod inadecvat conceptul de tulburare autoimună:

- Ostilitatea reprimată nu constituie nici în cazul migrenei și nici în cel al artritei reumatoide cauza determinantă a bolii, după cum afirma F. Alexander, psihanalistul care lua în considerare aceste cauze atunci când făcea referire la tensiunile musculare cronice cu cauze psihice.
- Nu există o anumită structură de personalitate specifică pacienților cu tulburări algice și nici a celor care suferă de dureri de cap tensionale, migrenă sau cancer! Respectivele asemănări care apar sunt mai degrabă consecințe decât cauze ale tulburării. Deși se pot constitui ca factori agravanți, trăsături precum ambiția, orientarea spre succes, tendința accentuată către ordine, perfecționismul, perseverența, iritabilitatea accentuată, sensibilitatea nu pot fi considerate specifice tulburărilor algice.

Este adevărat însă că pacienții cu tulburări somatoforme de tipul durerii persistente au suferit în copilărie ca urmare a violenței între părinți și din partea acestora. Adesea sunt prezente și alte circumstanțe de viață nefavorabile precum nivelul scăzut al statutului socioeconomic, nivelul scăzut de educație al părinților, familiile numeroase și spațiile locative reduse, dizarmonia cronică în familie, tulburările psihice ale unui părinte, mamă singură sau pierderea mamei, violență sexuală, atașament nesigur după primul an de viață, schimbarea frecventă a primelor persoane care se ocupă de îngrijirea copilului.

De regulă, modelele explicative psihologice ale tulburărilor neorganice specifice diferitelor grupe de organe pornesc de la premisa că există o tensiune musculară cronică determinată de stres sau furie și de către anumiți factori psihici și psihosociali. Independent de cauză, durerile determină ca respectiva porțiune din mușchi să se tensioneze în mod reflex, și astfel să se intensifice durerea, care la rândul ei va avea ca efect accentuarea tensiunii musculare. Astfel, se stabilește un cerc vicios între tensiune musculară și durere.

Pacienții cu tulburări algice manifestă o tendință accentuată de a reacționa la stres cu tensiune musculară și de a se menține în stare de tensiune pe perioade mai îndelungate decât alte persoane. Persoanele cu dureri de cap tensionale prezintă în permanență tensiune la nivelul musculaturii umerilor, a gâtului, frecvent și a frunții, determinată de stres și de emoții. În timpul acestei permanente stări de tensiune, musculatura se contractă în jurul vaselor de sânge, astfel încât vasele de sânge sunt comprimate, acest lucru determinând oxigenarea deficitară a țesuturilor. Aceasta se constituie drept cauză a apariției durerii, după cum este și faptul că deșeurile metabolice nu pot fi eliminate în mod satisfăcător. Deși modelul tensiunii musculare cronice se constituie drept explicație plauzibilă a durerilor neorganice, acesta nu se poate constitui drept explicație în cazul tuturor formelor de cefalee tensională.

Conceptul de condiționare clasică între tensiunea musculară și durere explică durerile neorganice astfel: durerile determină tensionarea reflexă a musculaturii și activarea sporită a sistemului nervos simpatic; nivelul crescut de tensiune musculară și activarea cauzează sau accentuează durerile. Aceste fenomene fizice se pot asocia cu stimuli neutri, prezenți în situația care a declanșat durerea, astfel încât, cu timpul, durerea se va declanșa chiar și numai în prezența acestor stimuli. De exemplu, pacienții care au suferit un traumatism cervical prezintă adesea timp de câțiva ani un nivel semnificativ crescut al tensiunii musculare la nivelul musculaturii gâtului și al cefei, manifestând reacții puternice la nivelul acestor grupe musculare, atunci când, pe neașteptate, se găsesc în situații similare celei traumatice din trecut.

Comparativ cu oamenii sănătoși, pacienții cu dureri de spate reacționează la stimulii stresori cu un nivel mai ridicat de tensiune care se acumulează la nivelul musculaturii lombare. Atunci când există o anumită predispoziție determinată de factori genetici, procese de învățare și traume, este posibil ca stresul cronic să producă supraactivarea anumitor grupe musculare. Durerile apărute astfel pe parcursul timpului se pot croniciza prin intermediul condiționării. Durerile se pot menține și datorită unor întăriri pozitive ca, de exemplu, atenția primită de la partenerul de viață,

comportamentele de supraprotecție și anumite beneficii care apar datorită bolii.

Concentrarea permanentă asupra durerilor intensifică experiența dureroasă. Ignorarea stimulilor externi (interacțiunea cu mediul) în favoarea concentrării

asupra stimulilor interni (endogeni) determină trăirea mai intensă a durerii și favorizează o evoluție depresivă, întrucât treptat dispare bucuria de a trăi. Efecte negative au în special sentimentele de neajutorare, de deznădăjduire și de pierdere a controlului asupra factorilor care intensifică durerea. Între timp, s-a dovedit faptul că depresia poate intensifica durerile existente, astfel încât durerile și simptomatologia depresivă se pot potența reciproc. Din punct de vedere terapeutic, va trebui întreruptă spirala care se formează între tensiune și durere, între durere și depresie, precum și între anticiparea anxioasă a durerii și creșterea tensiunii musculare care rezultă de aici întrucât acestea favorizează din ce în ce mai mult limitarea la experiența dureroasă.

Modalitatea fiecărui individ de a face față durerii este influențată de structura de personalitate care precede boala, experiențele trecute de durere și modul în care acestea au fost gestionate, factori din istoricul de viață, starea psihică actuală, situația de viață psihosocială și modul personal de conceptualizare a bolii.

Anumite tipare de gândire sporesc nivelul de tensiune și implicit durerea: „Nu mai suport”, „Totul este din ce în ce mai rău”, „Sunt un caz pierdut”, „Trebuie să rezist în orice situație și să mă ocup de tot ca și până acum”.

Starea emoțională de moment influențează experiența dureroasă. Emoțiile negative precum mânia, furia sau tristețea intensifică durerea, emoțiile pozitive precum bucuria, sentimentele de fericire și mulțumire determină ca durerea să devină mai suportabilă.

Influența agravantă pe care o exercită stresul și experiențele de criză ale vieții asupra bolii în cazul a numeroase tulburări algice se

bazează pe conexiunile strânse dintre stres și sistemul imunitar, care pe viitor vor trebui cercetate în detaliu.

## **ASPECTE TERAPEUTICE**

Diagnoza și tratamentul unei tulburări somatoforme de tipul durerii persistente necesită conlucrarea interdisciplinară; toți experții ar trebui să conceptualizeze durerea din punct de vedere bio-psiho-social pentru a evita concurența inutilă sau inexactitățile în emiterea trimerilor medicale. De asemenea, în terapia durerilor cronice cu cauze în principal organice este necesară conlucrarea intensă între diversele persoane implicate în terapie. Un exemplu îl constituie domeniul afecțiunilor cancerigene, în care noțiunea de „psiho-oncologie” a dobândit o importanță majoră.

Conceptele psihologice de tratament în situația pacienților cu dureri

presupun și încurajează colaborarea activă a pacienților; la început, aceștia se ghidează după modelul explicativ strict organic asupra durerii și, în consecință, manifestă adesea o atitudine pasivă, deci au așteptarea ca cineva să facă ceva în legătură cu ei. De fapt, este vorba despre a determina pacientul să devină un gestionar mai bun al propriilor dureri. Obiectivul unei terapii psihologice de combatere a durerii nu îl constituie înlăturarea durerilor cronice, ci optimizarea propriei competențe de gestionare a durerii și a consecințelor acesteia, mai precis un mai bun control al durerii. Deviza nu este: „Cum scap de durere?”, ci „Cum pot să trăiesc și să gestionez mai bine durerea?”

O terapie eficientă de combatere a durerii presupune efectuarea evaluării exacte și modificarea, pe cât posibil, a condițiilor care agravează boala. În cadrul tratamentului psihologic și psihoterapeutic, în special însă în cadrul programelor de tratament medical de orientare comportamentală, se utilizează — în funcție de necesități — diferite tehnici și metode terapeutice:

1. Educarea pacienților (psihoeucație, managementul bolii). Vor fi transmise informații cu privire la conceptualizarea bio-psiho-socială a bolii (conexiunile dintre durere, psihic și situația de viață), despre modelele psihosociale ale durerii, despre cercul vicios dintre tensiune, dureri, anxietate și depresie, despre respectiva tulburare algică în conformitate cu cele mai noi descoperiri științifice, despre importanța desfășurării unor activități în ciuda existenței durerii, precum și cu privire la modelele cognitive și de comportament care agravează durerile; de asemenea, vor fi căutate modalități pentru o mai bună gestionare a bolii. În tot acest proces, trebuie mereu avută în vedere identificarea motivației pentru vindecare, care nu trebuie presupusă, ci de cele mai multe ori identificată și dezvoltată. Persoanele afectate vor trebui informate cu exactitate și în legătură cu posibilitățile, dar și cu pericolele administrării diferitelor analgezice.

2. Automonitorizarea. Prin intermediul unor însemnări pe care pacienții le vor face într-un jurnal al evenimentelor dureroase, aceștia vor învăța a recunoaște condițiile care preced și succed durerea; aceștia vor monitoriza zilnic intensitatea adesea fluctuantă a durerii și vor trebui să noteze la anumite ore care este intensitatea acestora pe o scală de la 0 la 10.

3. Analiza comportamentală. Este vorba aici despre detectarea exactă a factorilor declanșatori și agravanți ai durerii. Din aceste constatări vor rezulta conexiuni între anumite situații, cogniții, emoții și comportamente. Obiectivele individuale de

terapie vor rezulta din dorințele persoanelor afectate și din posibilitățile concrete. Adesea nu vor putea fi schimbate circumstanțele și contextul care agravează durerea, dar va putea fi adoptată o altă atitudine față de acestea (de ex., autoevaluarea drept persoană ratată, suprasolicitarea permanentă a propriei persoane sau delimitarea deficitară în raport cu cerințele altor persoane).

4. Tehnicile de relaxare. Relaxarea musculară progresivă, trainingul autogen, tehnicile de respirație sau antrenamentul de biofeedback sunt menite să reducă tensiunea musculară și să optimizeze circulația sangvină, la nivelul cărora apar deficite determinate de

cercul vicios dintre stres, tensiune și durere. Din cauza raportării pasive la propriul corp afectat de durere, diverși pacienți au dificultăți în perioada de început a trainingului autogen, astfel încât este necesar ca inițial acestora să le fie aduse la cunoștință alte metode de relaxare. Metodele de relaxare vor fi adesea combinate cu exerciții de imaginerie, ca de exemplu, o călătorie mentală întreprinsă în interiorul corpului.

5. Ghidarea atenției. În situația ghidării atenției în exterior, atenția va fi îndreptată către stimuli externi sau activități care distrag atenția de la durere; toate intervențiile sunt menite să distragă atenția de la durere și să stimuleze concentrarea asupra unor experiențe pozitive. În situația ghidării atenției către interior, vor fi utilizate exerciții de imaginerie care sunt menite să se suprapună peste experiența dureroasă. Călătoriile imaginare, foarte populare în rândul multor pacienți (de ex., o plimbare prin pădure, aflarea în mijlocul naturii și un sejur la mare sau la munte), vor determina trăirea unor experiențe corporale plăcute datorită activării tuturor simțurilor.

6. Imagineria. Prin intermediul unei forme de antrenament mental, pacienții cu tulburări algice vor trebui să învețe să se imagineze din nou mai sănătoși, să vizualizeze drumul pe care îl au de parcurs către vindecare sau ameliorare și să-și imagineze în mod intens procesele fizice, concrete, de vindecare. În acest sens vor fi utilizate anumite tehnici de imaginerie. În acest mod, vor fi întărite convingerea că tulburarea poate fi gestionată și speranța obținerii unei ameliorări.

7. Focalizarea asupra durerii. În locul monitorizării anxioase și tensionate a propriului corp, pacienții cu tulburări algice vor trebui să-și îndrepte atenția în mod conștient asupra durerii și să lucreze cu aceasta. Într-o primă fază, persoanele afectate vor învăța să activeze durerea pentru ca, ulterior, să o restrângă, respectiv reducă. În acest mod, pacienții vor dobândi un control crescut asupra propriei

experiențe dureroase, iar prin intermediul succeselor obținute în cadrul exercițiilor, nu se vor mai simți atât de neajutorați ca în trecut.



8. Hipnoza. La ora actuală, sunt încă insuficient valorificate posibilitățile oferite de hipnoterapia modernă a lui Milton H. Erickson. Prin modificarea hipnotică și imaginară a experienței dureroase și prin concentrarea intensă asupra altor conținuturi imaginare poate fi redus stresul psihologic exercitat de durere, devenind posibilă o mai ușoară acceptare a acesteia, ca urmare a resemnificării (de ex., durerea în calitate de prieten sau de indiciu asupra unui conflict care în alte condiții ar fi rămas neobservat). În cazul pacienților cu tulburări algice, hipnoterapia are rezultate durabile pe termen lung numai atunci când aceasta este integrată într-un context terapeutic mai amplu și nu sunt utilizate doar simple tehnici pentru a „scăpa” de durere.

9. Terapia cognitivă. Prin analiza tiparelor cognitive individuale se încearcă evidențierea și modificarea raportării la situația actuală de durere și a convingerilor generale referitoare la durere, precum și a celor referitoare la propria persoană și la mediul social. Modificarea tiparelor de gândire este menită a întări convingerea și ulterior experiența persoanelor afectate cu privire la faptul că posedă un anumit grad de influență asupra propriilor dureri și că nu sunt total neajutorate în fața acestora. Intervențiile de activare a cognițiilor relevă pacienților importanța propriilor gânduri cu privire la experiența dureroasă și aprofundează descoperirile terapiei cognitive, prin intermediul unor experiențe concrete și în cadrul unor exerciții diverse. Numeroși pacienți cu tulburări algice care și-au stabilit obiective extrem de exigente cu privire la performanță („Trebuie să fac întotdeauna totul foarte bine”; „Trebuie să mă însănătoșesc pe deplin pentru a face totul ca înainte”) vor trebui să-și modifice tiparele de gândire pentru a-și ameliora durerile existente și a preveni apariția inutilă a altor dureri. Este necesară identificarea unor convingeri false („Înainte de a putea întreprinde orice, trebuie ca mai întâi să dispară durerea”) și transformarea acestora în cogniții adaptative („Pot și acum să întreprind ceva și nu trebuie neapărat să aștept”).

10. Identificarea unor activități benefice. Numeroși pacienți cu tulburări algice evită activitățile fizice pentru că se supraprotejează și pentru că presupun că astfel durerea se va calma. Supraprotecția se justifică însă numai în cazul durerilor acute, în timp ce în cazul

durerilor cronice adoptarea stării de repaus nu se justifică și determină agravarea durerii ca urmare a tensiunii musculare, a tulburărilor de

circulație sangvină și a atrofierii mușchilor în cauză. Obiectivul terapeutic îl constituie atingerea nivelului maxim posibil de activare fizică și socială. Un program echilibrat de activități fizice este menit să crească treptat capacitatea musculară, să optimizeze tonusul și performanța și să stimuleze capacitatea de autovindecare a organismului. Prin identificarea unor noi activități și posibilități profesionale și de timp liber nu numai că vor fi eliminate comportamentele de supraprotecție, ci va fi evitat și pericolul dezvoltării unei reacții depresive.

11. Antrenarea capacității de a se bucura. În funcție de circumstanțe, pacienții cu tulburări algice vor trebui să reînvete să se bucure de anumite lucruri, crescându-și astfel stima de sine. Pentru mulți pacienți cu tulburări algice aceasta constituie o provocare: același corp care se află în suferință are, ca și în trecut, dreptul să trăiască și experiențe fericite!

12. Modificarea condițiilor agravante ale durerii. Condițiile care mențin durerea, cum ar fi, de exemplu, a primi prea mult sprijin din partea celorlalți, a se retrage excesiv în pat sau a evada în mod inutil în concediul medical, vor trebui nu numai identificate, ci și modificate.

13. Antrenamentul pentru rezolvarea unor probleme. Pacienții cu tulburări algice vor trebui să învețe să dezvolte strategii mai bune de rezolvare a unor probleme concrete, care pot agrava simptomatologia de durere. Din cauza intensificării durerilor, aceste probleme au fost adesea complet neglijate de-a lungul timpului, fiind necesară identificarea unei soluții constructive pentru acestea.

14. Antrenamentul pentru gestionarea stresului. Pacienții cu tulburări algice adesea au nevoie să gestioneze în mod diferit stresul pentru a nu agrava durerile prin intermediul unor tipare de gândire dezadaptative și a unei stări inutile de tensiune. Persoanele afectate vor trebui să învețe să își propună realizarea mai puținor lucruri într-

un anumit interval de timp și să includă pauze pentru a nu fi mereu obligate să-și încheie activitatea în curs din cauza intensificării durerii.

15. Antrenamentul competențelor sociale. Optimizarea abilităților sociale este menită să contribuie la învățarea unei mai bune capacități de delimitare a pacienților cu tulburări algice față de mediul înconjurător, evitând astfel agravarea durerilor printr-o suprasolicitare continuă la locul de muncă, în familie și în cercul de cunoștințe. Numeroși pacienți cu tulburări algice au dificultăți în a se raporta în mod adecvat la critică, în a se exprima în mod critic și în a se impune în fața rudelor.

16. Antrenamentul gestionării emoțiilor. Emoțiile pot fi literalmente dureroase. Pacienții cu tulburări algice vor trebui să învețe să-și perceapă și să-și exprime emoțiile în loc să se rezume la a se plânge în legătură cu tensiunea și durerile pe care acestea le generează.

17. Implicarea unor persoane de îngrijire. Prin implicarea membrilor familiei vor fi asigurate reușitele de zi cu zi ale tratamentului. În cadrul unor activități de psihoeducație, persoanele din familie vor trebui informate cu privire la tulburările algice, învățând astfel nici să nu subaprecieze, dar nici să exagereze durerile pacienților, aducându-și astfel, în mod constructiv, sprijinul la gestionarea durerii. Ei vor trebui să evite să accentueze comportamentul de evitare al bolnavului cu tulburare algică, prin acordarea excesivă de sprijin, încercând să contribuie la încurajarea autonomiei acestuia.

18. Intervențiile de cuplu și de familie. La nevoie, prin intermediul terapiei, vor trebui gestionate mai eficient situațiile de conflict din cadrul familiei și al cuplului, diminuând în acest mod stresul cronic psihosocial.

19. Procesarea unor experiențe traumatice. În cazul unor traume sexuale și fizice sau în cazul unor experiențe care au rămas neintegrate în urma unor accidente care au pus viața în pericol sau a unor operații grave, adesea este necesară integrarea adecvată a acestora prin procesarea la nivel cognitiv și emoțional, pentru a redobândi capacitatea de a trăi cu intensitate în prezent.

20. Profilaxia recăderilor. Cu siguranță, gradul de durere este supus unor fluctuații. După o fază de ameliorare, poate surveni o agravare sub influența unui anumit nivel de stres psihosocial. Persoanele afectate vor trebui prevenite cu privire la posibilele recăderi pentru a învăța să se raporteze la acestea în mod adecvat.

În situația durerilor cronicizate, aplicarea unei asemenea scheme de tratament nu determină vindecarea, motiv pentru care nici nu ar trebui făcute promisiuni în acest sens. Cu toate acestea, pot fi obținute numeroase alte rezultate: creșterea gradului de responsabilitate personală, sporirea autonomiei, îmbunătățirea calității vieții, precum și degrevarea de sarcini a persoanelor care se ocupă de îngrijirea bolnavului.

### **Observație de final**

La ora actuală, în sistemul sanitar domnește tendința de a reduce cheltuielile. Pe viitor, există pericolul ca finanțările să se rezume la achiziționarea strictului necesar, aceste reduceri de buget afectând întocmai acele persoane cărora, oricum, li se acorda și în trecut prea puțin sprijin. O parte dintre acestea sunt reprezentate de grupele de pacienți care constituie preocuparea centrală a acestei cărți:

- persoanele care în mod subiectiv acuză o afecțiune fizică, în lipsa vreunei dovezi organice concludente,
- persoanele care prezintă în mod obiectiv o afecțiune fizică, dar în cazul cărora aplicarea unor metode strict medicale se dovedește inefficientă pentru a asigura recuperarea la un nivel satisfăcător,
- persoanele cu tulburări psihice care prezintă afecțiuni fizice considerabile și se confruntă cu incapacitate de muncă pe termen lung.

Persoanele cu tulburări somatoforme și psihosomatice au de suferit ca urmare a gradului înalt de stres psihologic, generând costuri economice sporite implicate de numeroasele investigații, tratamente, concedii medicale și plăți ale unor pensii. Tulburările psihosomatice

de care aceștia suferă se manifestă la nivelul celor mai diverse regiuni ale corpului. Chiar este necesar ca tocmai acești oameni să sufere în mod suplimentar și ca urmare a faptului că viziunile din sistemul de sănătate sunt, de regulă, goale?

Așadar, ne-ar bucura foarte mult dacă prezenta carte s-ar constitui drept îndrumar pentru persoanele afectate și familiile acestora, precum și pentru specialiști, reprezentând în același timp, pentru opinia publică și autoritățile din sistemul sanitar, o ilustrare a măsurilor care necesită a fi întreprinse: pe termen lung, numai finanțarea unor căi eficiente de tratament pentru persoanele cu tulburări psihosomatice poate conduce la realizarea unor economii și la optimizarea calității vieții fiecăreia dintre aceste persoane!

# ***Bibliografie***

Adler, J., Hermann, J.M., Köhle, K., Langewitz, W., Schonecke, O.W. & Uexküll, T. v., Wesiack, W. (coord.) (2003): Psychosomatische Medizin, Modelle ärztlichen Denkens und Handelns (ediția a 6-a revizuită și extinsă), München: Urban & Fischer.

Ahrens, S., Hasenbring, M., Schultz-Venrath, U. & Streng, H. (1995): Psychosomatik in der Neurologie, Stuttgart: Schattauer.

Ahrens, S. & Schneider, W. (coord.) (2002): Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin (ediția a 2-a actualizată și extinsă), Stuttgart: Schattauer.

Basler, H.-D., Franz, C., Kröger-Herwig, G., Rehfish, H.-P. & Seemann, H. (coord.) (1999): Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung (ediția a 4-a corectată și extinsă), Berlin: Springer.

Bischoff, C. & Traue, H.C. (2004): Kopfschmerzen, Fortschritte der Psychotherapie, Volumul 22, Göttingen: Hogrefe.

Brähler, E. & Strauß, B. (coord.) (2002): Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin, Göttingen: Hogrefe.

Csef, H. & Kraus, M.R. (2000): Psychosomatik in der Gastroenterologie, München: Urban & Fischer.

Deter, H.C. (coord.) (1997): Angewandte Psychosomatik. Eine Anleitung zum Erkennen, Verstehen und Behandeln psychosomatisch Kranker, Stuttgart: Georg Thieme.

Diederichs, P. (2000): Urologische Psychosomatik. Zur Theorie und Praxis psychosomatischer Störungen in der Urologie, Bern: Huber.

Diener, H.C. & Maier, C. (coord.) (2003): Das Schmerztherapie-Buch. Medikamentös–interaktionell–psychologisch–physikalisch (Ediția a 2-

a). München: Urban & Fischer.

Egle, U.T., Derra, C., Nix, W.A. & Schwab, R. (1999): Spezielle Schmerztherapie. Leitfaden für Weiterbildung und Praxis, Stuttgart: Schattauer.

Egle, U.T., Hoffmann, S.O., Lehmann, K.A. & Nix, W.A. (2003): Handbuch Chronischer Schmerz. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsymptome aus bio-psycho-sozialer Sicht, Stuttgart: Schattauer.

Ehlers, U. (coord.) (2003): Verhaltensmedizin, Berlin: Springer.

Goebel, G. (2003): Tinnitus und Hyperakusis, Fortschritte der Psychotherapie,

Volumul 20, Göttingen: Hogrefe.

Gschnait, F. & Exel, W. (2002): Haut und Seele, Viena: Ueberreuter.

Henningesen, P., Hartkamp, N., Loew, T., Sack, M., Scheidt, C. & Rudolf, G. (coord.) (2002): Somatoforme Störungen. Leitlinien und Quellentexte, Stuttgart: Schattauer .

Herrmann, J.M., Lisker, H. & Dietze, G.J. (coord.) (1996): Funktionelle Erkrankungen. Diagnostische Konzepte — therapeutische Strategien, München: Urban & Schwarzenberg.

Hoefert, H.-W. & Kröner-Herwig, B. (1999): Schmerzbehandlung. Psychologische und medikamentöse Interventionen, München: Ernst Reinhardt.

Jungnitsch, G. (2003): Rheumatische Erkrankungen, Fortschritte der Psychotherapie, Volumul 18, Göttingen: Hogrefe.

Kapfhammer, H.-P. (1999): Somatoforme Störungen, in: H.-J., Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (coord.): Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin: Springer, 1303–1385.

Kapfhammer, H.-P. & Gündel, H. (coord.) (2001): Psychotherapie und Somatisierungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis — störungsspezifisch und schulenübergreifend, Stuttgart: Georg Thieme.

Köhler, T. (1995): Psychosomatische Krankheiten. Eine Einführung in die Allgemeine und Spezielle Psychosomatische Medizin (a 3-a ediție revizuită și extinsă), Stuttgart: Kohlhammer.

Kosartz, P. & Traue H.C. (1997): Psychosomatik chronisch-entzündlicher Hauterkrankungen, Bern: Huber.

Köhner-Herwig, B. (2000): Rückenschmerz, Fortschritte der Psychotherapie, Volumul 10, Göttingen: Hogrefe.

Lieb, H. & Pein, A. v. (2001): Der kranke Gesunde. Woher kommen meine Beschwerden? Was ihre Organe ihnen sagen. Psychosomatik: Wie Körper und Seele sich gegenseitig beeinflussen, Stuttgart: TRIAS.

Loew, T. (1998): Wenn die Seele den Körper leiden läßt. Ich fühle mich krank, und die Ärzte finden nichts. Wie die Psyche den Körper beeinflusst. Welche Therapie mir wirklich hilft, Stuttgart: TRIAS.

Margraf, J., Neumer, S. & Rief, W. (coord.) (1998): Somatoforme Störungen. Ätiologie, Diagnose und Therapie. Berlin: Springer.

Meermann, R. & Vandereycken, W. (1996): Verhaltenstherapeutische Psychosomatik, Fortschritte der Psychotherapie, Volumul 18 (ediția a 2-a revizuită și extinsă), Göttingen: Hogrefe.

Morschitzky, H. (2000): Somatoforme Störungen. Diagnostik, Konzepte und Therapie bei Körpersymptomen ohne Organbefund, Viena: Springer.

Morschitzky, H. (2002): Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe (ediția a 2-a revizuită și extinsă), Viena: Springer.



Neuhaus, W. (2000): Psychosomatik in Gynäologie und Geburtshilfe. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis, Stuttgart: Enke im Georg Thieme Verlag.

Nickel, R. & Egle, U.T. (1999): Therapie somatoformer Schmerzstörungen. Manual zur psychodynamisch-interaktionellen Gruppentherapie, Stuttgart: Stattauer.

Nissen, G. (coord.) (2002): Psychosomatische Störungen. Ursachen — Erkennung — Behandlung. Stuttgart: Kohlhammer.

Olbricht, I. (2002): Was Frauen krank macht. Zur Psychosomatik der Frau (ediția a 3-a total revizuită și actualizată), München: Kösel.

Petermann, F. (coord.) (1997): Rehabilitation. Ein Lehrbuch zur Verhaltensmedizin (ediția a 2-a extinsă și corectată), Göttingen: Hogrefe.

Petermann, F. (1999): Asthma bronchiale, Fortschritte der Psychotherapie, Volumul 5, Göttingen: Hogrefe.

Phillips, S.F. & Wingate, D.L. (coord.) (2002): Funktionelle Darmerkrankungen, Bern: Hans Huber.

Rief, W. & Hiller, W. (1998): Somatisierungsstörung und Hypochondrie, Fortschritte der Psychotherapie, Volumul 1, Göttingen: Hogrefe.

Rudolf, G. (coord.) (2000): Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage (ediția a 4-a revizuită și extinsă). Stuttgart: Georg Thieme.

Rudolf, G. & Henningsen, P. (coord.) (1998): Somatoforme Störungen. Theoretisches Verständnis und therapeutische Praxis, Stuttgart: Schattauer.

Schüßler, G. (2001): Psychosomatik/Psychotherapie systematisch, Bremen: UNI-MED.

Slesina, W. & Werdan, K. (coord.) (2003): Psychosoziale Faktoren der koronaren Herzkrankheiten, Stuttgart: Schattauer.

Stangier, U. (2002): Hautkrankheiten und Körperdysmorphie Störung. Fortschritte der Psychotherapie, Volumul 15, Göttingen: Hogrefe.

Stauber, M., Kentenich, H. & Richter, D. (coord.) (1999): Psychosomatische

Geburtshilfe und Gynäkologie, Berlin: Springer.

Strauß, B. (coord.) (2002): Psychotherapie bei körperlichen Störungen, Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 21, Göttingen: Hogrefe.

Striebel, H.W. (1999): Therapie chronischer Schmerzen. Ein praktischer Leitfaden (ediția a 3-a complet revizuită și extinsă), Stuttgart: Schattauer.

Vaitl, D. (2001): Hypertonie, Fortschritte der Psychotherapie, Volumul 13, Göttingen: Hogrefe.